

## ANEXO VII – TERMO DE SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

### SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO DA AMB

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202\_\_.

À

**Diretoria Científica da Associação Nacional de Medicina do Trabalho.**

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do **(Título de especialista em Medicina do Trabalho)**, mencionadas no Edital **2024**, disponibilizado no site da **(Associação Nacional de Medicina do Trabalho)**.

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome Completo:

E-mail:

RG:

CPF:

CRM/UF:

Telefone celular:

Possui alguma deficiência ( ) sim ( ) não

Qual:

Portador de Necessidades Especiais ( ) sim ( ) não

Qual: Lactante ( ) sim ( )

não

Sócio da Federada: ( ) sim ( ) não

Sócio da Associação de especialidade: ( ) sim

( ) não Sócio da AMB: ( )

sim ( ) não

Possui outro Título de especialista/Certificado de Área de Atuação? ( ) sim ( ) não Qual:

#### ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: Complemento

n.

CEP:

Telefone (s):

Bairro:

Cidade:

UF:

#### ENDEREÇO COMERCIAL

e-mail:

Endereço:

n.

CEP:

Complemento

Telefone:

Bairro:

Cidade:

UF:

Certo de vossa atenção, me coloco à disposição para o que for necessário.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_