

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

À

Comissão de Título de Especialista da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica.

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do Título de Especialista em Genética Médica, mencionadas no Edital 2025, disponibilizado no site da Sociedade Brasileira de Genética Médica e Genômica.

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____

RG: _____ CPF: _____ CRM/ UF: _____

Local (Faculdade) e Ano da Conclusão do Curso de Medicina:

Endereço completo: _____

Endereço eletrônico: _____

Telefone fixo: _____ Telefone celular: _____

Possui alguma deficiência física? () NÃO () SIM. Qual? _____

Portador de necessidades especiais? () NÃO () SIM. Qual? _____

Lactante? () NÃO () SIM

Sócio quite da SBGM Sim () Não ()

Sócio quite da AMB Sim () Não ()

Possui outro Título de especialista/Certificado de Área de Atuação? () NÃO () SIM.

Se sim, qual? _____

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

Atenciosamente,

Local, data: _____ Assinatura: _____