



ANEXO III SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

_____, ____ de _____ de 2024.

À

**Diretoria Científica da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação –
Medicina Física e Reabilitação**

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Física e Reabilitação, mencionadas no Edital do 2024, disponibilizado no site da Associação Brasileira de Medicina Física e Reabilitação-Medicina Física e Reabilitação.

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:

n.

CEP:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone (s):

ENDEREÇO COMERCIAL

e-mail:

Endereço:

n.

CEP:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone: (s)

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