

PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL

DECLARAÇÃO

Declaro que o Dr _____,
CRM _____, UF _____, está cursando o _____ ano do
Programa de Residência Médica em Pediatria na Área de Atuação
_____, com início em ____/____/____ e término
previsto em ____/____/____ na instituição _____
_____,
credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica sob o parecer _____.

_____, _____ de _____ de _____.
(Cidade)

Assinatura sob carimbo
Supervisor do Programa de Pediatria