

Telefone para contato: _____ (PREENCHER EM LETRA DE FORMA)

E-mail: _____

Marília, ____ de _____ de _____.

Ao

Diretor Clínico dos Hospitais da Faculdade de Medicina de Marília

(diretoria.clinica@hcfamema.sp.gov.br)

Eu, _____,

CREMESP nº _____, solicito minha inclusão como **MÉDICO(A)**

VOLUNTÁRIO(A) e não remunerado(a), na(o) Disciplina/Serviço de _____

_____, com carga horária semanal de

_____ horas, a partir de ____/____/____, tendo como disponibilidade os

seguintes dias/horários _____

_____.

Atenciosamente,

(assinatura)

Anexo:

- Ficha Cadastral;
- Xérox do Diploma Graduação do Curso Médico;
- Xérox do Título de Especialista;
- Xérox da carteira de registro definitivo do CREMESP;
- Xérox do RG e CPF;
- 01 foto 3X4;
- R\$ 5,00 (taxa do crachá).

} Após aprovação