**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO – TEME 2024**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2024.**

**À**

**Diretoria Científica da SBMEE**

Declaro que estou ciente das regras e condições para a solicitação e realização da prova de obtenção do **TÍTULO DE ESPECIALISTA EM MEDICINA ESPORTIVA – TEME**, mencionadas no Edital 2024, disponibilizado no site da SBMEE (www.medicinadoesporte.org.br).

Abaixo disponibilizo dados solicitados para análise (preenchimento obrigatório).

|  |
| --- |
| Nome Completo: |
| E-mail:Data Nascimento:  |
| RG: | CPF: | CRM/UF: |
| Tel. Residencial:  | Tel. Comercial: | Celular: |
| **Endereço Residencial** |
| Endereço: | Nº: | CEP:  |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |
| **Endereço Comercial** |
| Endereço: | Nº: | CEP:  |
| Complemento: | Bairro: | Cidade: | UF: |
| **Possui outro título de especialista? SIM NÃO** | **Qual?** |

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

Atenciosamente,

Espaço SBMEE

( )Aprovado ( )Negado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Diretor SBMEE Responsável

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Assinatura do Solicitante)