**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES EM MEDICINA DO EXERCÍCIO E DO ESPORTE**

Declaramos, para fins de qualificar o candidato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para inscrição na prova de obtenção do Título de Especialista em Medicina Esportiva (TEME) – 2024, pela Sociedade Brasileira de Medicina do Exercício e do Esporte (SBMEE), conforme convênio firmado com a Associação Médica Brasileira (AMB) e Conselho Federal de Medicina (CFM), que o citado médico participou de atividades de estágio e/ou atendimento/prática/ treinamento/aprendizado, na área de “Medicina Esportiva”, nesta Instituição, no período de \_\_\_ / \_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_.

**Estamos cientes da responsabilidade da veracidade destas informações e que, sendo confirmada incorreção das mesmas, a qualquer tempo, o candidato qualificado terá sua participação impugnada no concurso citado.**

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

Local / Data

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

Nome Completo do Diretor/Coordenador da Instituição

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

Assinatura do Diretor/Coordenador da Instituição

(com firma reconhecida)

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

Carimbo/Identificação da Instituição

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

Assinatura do Médico Especialista 1 Assinatura do Médico Especialista 2

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

Carimbo (Nome e CRM) Carimbo (Nome e CRM)