**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO – TEME 2025**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2025.**

**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 2025, 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)