



Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em _____



Revogado pela Resolução nº 1/2016-CONSUNI/PPGEC

FORMULÁRIO

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO

CURSO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM _____

Eu _____,

CPF _____, matrícula _____, CRM _____,

em razão do cumprimento de todos os requisitos exigidos, solicito a emissão e registro do certificado de especialista pela conclusão do curso de Residência Médica em _____.

_____, ____/____/20____

Assinatura do aluno

Para uso da Secretaria da COREME:

Nº do Registro na COREME: _____

Despacho do Coordenador da COREME:

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Protocolo n.º _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____



Ministério da Educação
Universidade Federal da Fronteira Sul
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação *Lato Sensu* em _____



Protocolo n.º _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____