



Onde cada segundo importa!

ANEXO III DECLARAÇÃO DE VERACIDADE PELO(A) CANDIDATO(A)

Anexo III DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE SOBRE A VERACIDADE DA DOCUMENTAÇÃO E DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS Eu,

_____, portador(a) do RG _____._____._____ - ____ e CPF _____._____._____ - _____, me responsabilizo sob as penas do Art. 299 e do Art. 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação e das informações apresentadas para Inscrição no Concurso de Título de Especialista em Medicina de Emergência (TEME), da ABRAMEDE - Associação Brasileira de Medicina de Emergência, em convênio com a Associação Médica Brasileira (AMB), conforme o Edital. Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas no Edital e assumo responsabilidade, podendo vir a responder civil e criminalmente em caso de não veracidade. Estou ciente ainda de que a não veracidade de informações por mim prestadas, poderá acarretar no cancelamento da inscrição no Concurso, ou na anulação do TEME, se for o caso, independente da época em que for constatada, e que o deferimento da Inscrição para o Concurso não significa garantia de direito à participação no Concurso ou ao recebimento do TEME.

DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Assinale, na relação abaixo, os documentos enviados à ABRAMEDE para o Concurso de Especialista em Medicina de Emergência – Adulto.

REQUISITOS

- Certificado de conclusão do Curso de Medicina – AUTENTICADO EM CARTÓRIO;
- Comprovante de Pagamento da Taxa anual (2021) do CRM ou declaração de quitação emitida pelo CRM;

- Certificado de Conclusão do Programa Especialização em Medicina de Emergência;
- Certificado de Conclusão da Residência Médica em Medicina de Emergência; – AUTENTICADO EM CARTÓRIO;
- Declaração de Experiência Profissional em Medicina de Emergência; FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO do Diretor Clínico ou Administrativo do Hospital.

Data: ____ / ____ / 2021.

Assinatura do Candidato com FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO