

**CONCURSO PARA CERTIFICADO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
ANO 2011**

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Venho através deste, solicitar a inscrição na prova de concessão de **Certificado de Atuação na Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência Concurso ano 2011**.

Nome Completo: _____

CPF.: _____

Endereço para correspondência: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Tel: DDD: () _____ Cel: DDD: () _____

e-mail: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Sexo: M () F ()

Instituição onde se formou em Medicina:

Ano de Formatura: _____

N.º de Inscrição no CRM: _____

Informar ano de obtenção do Título de Especialista em Psiquiatria concedido pela AMB-ABP: _____

Sócio da AMB: SIM () NÃO () Sócio da ABP: SIM () NÃO ()

Informações sobre atividades no exercício da Psiquiatria da Infância e Adolescência:

Anexar e enviar à ABP – Av. Presidente Wilson, 164 – 9º andar – Castelo – 20030-020 – RJ – RJ:

1. Curriculum Vitae;
2. Cópia da Carteira do CRM definitivo;
3. Comprovante de exercício na Especialidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência de pelo menos 2 anos, ou conclusão de PRM em Psiquiatria da Infância e Adolescência reconhecida pela CNRM (conforme reza Edital 03/2011).

_____, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do Candidato