FICHA DE INSCRIÇÃO

**Nº DA CHAPA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DIRETOR CLÍNICO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| CRM/MG |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

VICE-DIRETOR CLÍNICO

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: |  |
| CRM/MG |  |
| Telefone: |  |
| E-mail: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pré-requisitos:** | **SIM** | **NÃO** |
| 1. Está no exercício de suas funções no Hospital? |  |  |
| 1. É membro efetivos do Corpo Clínico há mais de 5 (cinco) anos? |  |  |
| 1. Está quite com o Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais? |  |  |
| 1. Sofreu punição pelo CRM/MG, nos últimos 5 (cinco) anos anteriores à eleição? |  |  |
| 1. Apresentou declaração de nada consta do CRM/MG? |  |  |

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

Assinatura do candidato a Diretor Clínico Assinatura do candidato a Vice Diretor Clínico

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

Comissão Eleitoral Diretor Clínico HCSL

Data da Inscrição \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Inscrição realizada por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_