Solicitação de Credenciamento

Nome: _____ **CRM/DF:** _____

Venho solicitar o credenciamento no Hospital Santa Marta para participação do curso:

Nome do Coordenador da Área/Especialidade:

Setor:

Período:

Anexo meus dados cadastrais e curriculares.

Tomei conhecimento e declaro anuência ao Regimento Interno do Hospital Santa Marta, às suas normas e determinações administrativas.

Autorizo o Hospital Santa Marta, por meio de sua Diretoria Assistencial e, por seu(s) representante(s), a diligenciarem junto a outros Hospitais e/ou Instituições Médicas para conferir as informações sobre minhas qualificações, saúde e competências.

Neste mister, e nos limites da ética e da boa fé, isento-os de qualquer responsabilidade.

Declaro que todas as informações cadastrais e curriculares aqui prestadas são verdadeiras, reconhecendo que as declarações falsas ou omissões relevantes, nulificam a aceitação do pedido de credenciamento.

Brasília-DF,____de_____de_____.

_____ **Assinatura do Solicitante**

_____ **Assinatura do Responsável pelo Curso**

Parecer

Período Coleta de Dados/Aula: _____

Comissão Científica HSM

Assinatura/Carimbo