



# SERVIÇO DE RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO

## Ficha de Inscrição

Aperfeiçoamento e Formação em Radiologia e Diagnóstico por Imagem

Nome	Sexo	Idade
	F ( ) M ( )	

Identidade	CPF	Naturalidade

Atualmente reside em

Concluiu o curso de Medicina na (universidade) \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_  
no ano de \_\_\_\_\_.

Se realizou outros cursos/residência após o término da faculdade de medicina, descreva qual, quando e onde:

Por qual meio tomou conhecimento de nosso curso (amigos, internet, etc): \_\_\_\_\_

Data do preenchimento desta ficha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura: