

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE TREINAMENTO**

**CLÍNICA MÉDICA OU CIRURGIA GERAL**

Á

Comissão de Título de Especialista da Associação Brasileira de Nutrologia.

Eu \_\_\_\_\_,

CRM, \_\_\_\_\_/UF: \_\_\_\_\_, (colocar o cargo do responsável e anexar cópia simples da identificação profissional), situado na cidade de \_\_\_\_\_, no estado \_\_\_\_\_,

declaro que o médico (a) \_\_\_\_\_,

CRM: \_\_\_\_\_/UF: \_\_\_\_\_, desenvolve atividades na **área de Clínica Médica ou Cirurgia Geral** com carga horária semanal de \_\_\_\_\_ horas, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

.....

(cidade e data)

.....

Assinatura e carinho

**OBSERVAÇÃO:**

1. Deve ser um papel timbrado da instituição.
2. **Reconhecer firma** do responsável pela assinatura na declaração.