

FICHA DE INSCRIÇÃO - 2025-1º SEMESTRE
CURSO DE FELLOW EM OFTALMOLOGIA

Nome: _____
Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade _____ Estado: ____ Sexo: M F
RG: _____ Org. Exp.: _____ Data Exp.: ____/____/____
CPF: _____ Título de Eleitor: _____ CRM: _____ UF _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ E-mail: _____
Estado civil: _____ Tem filhos: _____ Quantos: _____ Idade (s): _____
Telefone Residencial: (____) _____ Celular: (____) _____
Nome do Pai: _____
Profissão: _____
Nome da Mãe: _____
Profissão: _____
Instituição que realizou a Residência Médica: _____
Informar se já fez estágio na FAV e o ano: _____
Foi aprovado na prova de título de especialista em oftalmologia do CBO:
sim , não ou outros _____
Subespecialidade de interesse: 1ª OPÇÃO _____
2ª OPÇÃO _____
3ª OPÇÃO _____

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que concordo com as condições do Curso de *Fellow*, ao qual estou me candidatando, assim como autorizo a FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA a tratar meus dados pessoais, nos termos dos arts. 7º e 8º da Lei nº 13.709/2018.

Recife, _____ de _____ de 20 ____

Assinatura