

SOLICITAÇÃO DE CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO

Obs.: O preenchimento de todos os campos com letra de forma e legível sem abreviaturas é OBRIGATÓRIO e deverá ser encaminhado ao Centro de Recursos Humanos.

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURALIDADE: _____ UF: _____

NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____

FILIAÇÃO: _____ e de _____

CPF: _____ PIS/PASEP/NIT _____

R.G: _____ UF _____ ORGÃO EMISSOR _____ EXPEDIÇÃO ____/____/____

E-MAIL: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____ CELULAR COM DDD: _____

FORMAÇÃO: _____

CONSELHO DE CLASSE _____ Nº REGISTRO: _____ DATA: ____/____/____

ASSINALAR QUAL O VINCULO E PREENCHER O PERÍODO:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ALUNO VISITANTE | <input type="checkbox"/> MÉDICO ESTRANGEIRO |
| <input type="checkbox"/> COLABORADOR DE PESQUISA | <input type="checkbox"/> MÉDICO VISITANTE ou OBSERVADOR |
| <input type="checkbox"/> COLABORADOR VOLUNTÁRIO | <input type="checkbox"/> PÓS GRADUANDO DA FMRP/EERP |
| <input type="checkbox"/> ESTÁGIO OBRIGATÓRIO CURRICULAR | <input type="checkbox"/> PÓS DOUTORANDO DA FMRP/EERP |

PERÍODO: ____/____/____ a ____/____/____

DEPARTAMENTO: _____

ESPECIALIDADE: _____

ORIENTADOR(A) : _____

Ribeirão Preto, de _____ de _____.

Assinatura com carimbo do chefe do departamento

PARA USO DA PORTARIA

Matrícula: _____ () Emissão () Renovação MODELO : _____

Declaro a veracidade das informações acima prestadas e ter recebido o Crachá de Identificação em ____/____/____ que será usado em conformidade com as Normas de Acesso do HCRP, que são do meu conhecimento a partir deste momento.

Assinatura do Profissional