

## 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