

NÚCLEO DE MEDICINA INTERNA DOS HOSPITAIS DISTRITAIS

**FICHA DE INSCRIÇÃO**

NOME: \_\_\_\_\_ N.º \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Categoria Profissional: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_ Serviço: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Data de Inscrição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura

\_\_\_\_\_

Admitido em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

A Direcção \_\_\_\_\_