

Brasília-DF

Eu \_\_\_\_\_

Recebi a programação e as orientações gerais do curso de Especialização em Medicina de Tráfego e estou ciente e de acordo com as normas do curso.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

## **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE PRÉ-REQUISITOS**

Declaro estar ciente que para realizar a Prova para obtenção do Título de Especialista em Medicina de Tráfego da Associação Médica Brasileira – AMB, a ser aplicada pela Associação Brasileira de Medicina de Tráfego – ABRAMET deverei comprovar estar formado em Medicina há pelo menos 2 anos e, além da certificação de conclusão do Curso de Treinamento em Medicina de Tráfego, mais 01(um) ano de formação através de certificado de Residência Médica ou Pós-graduação reconhecida pela AMB e Sociedade/Associação Médica da Especialidade ou Título de Especialista conferido pela AMB em especialidades médicas que tenham afinidades com os treinamentos exigidos no programa de Residência Médica em Medicina de Tráfego, cumprindo-se sempre a exigência de um período mínimo de 2(dois) anos de formação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e CRM