

F2 - Curso de Fellowship em Oftalmologia

Ficha de Inscrição 2025

Foto
3x4

Curso Pretendido:

- ☐ **Fellowship de Catarata**
- ☐ **Fellowship de Glaucoma**
- ☐ **Fellowship de Retina e Vítreo (clínico)**
- ☐ **Fellowship de Retina e Vítreo (cirúrgico)**
- ☐ **Fellowship de Estrabismo**
- ☐ **Fellowship de Córnea**

Nome Completo:		
Data de Nascimento: / /		Sexo:
RG No.:	Org. Exp.:	Data Exp.: / /
CPF No.:		Título Eleitor:
Endereço completo:		
Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	E-mail:	
Telefone Residencial: ()		Celular: ()
Whatsapp: ()		
Nome do Pai:		
Nome da Mãe:		
Instituição em que concluiu o curso de Medicina:		
Ano de conclusão do curso:		

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que concordo com as condições do Curso de *Fellowship* em Oftalmologia, ao qual estou me candidatando.

Recife/PE, _____ de _____ de _____

,
