



FICHA DE INSCRIÇÃO PARA MEMBRO DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Departamento pretendido: _____

Identificação
Nome:
CRM:
RG:
CPF:
Endereço:
Telefone:
Celular:
E-mail:

Requisitos para candidatos a Membro dos Departamentos Científicos da SCP <u>não vinculados</u> às Áreas de Atuação		
Ser associado adimplente da SBP	() sim	() não
Possuir certificado de Residência Médica em Pediatria*	() sim	() não
Ou Título de Especialista em Pediatria (TEP)*	() sim	() não
Ter a Ficha de Inscrição aprovada pela Diretoria da SCP e pela Diretoria dos Departamentos Científicos	() sim	() não

*Necessitam comprovação.

Requisitos para candidatos a Membro dos Departamentos Científicos da SCP <u>vinculados</u> às Áreas de Atuação		
Ser associado adimplente da SBP	() sim	() não
Possuir certificado na Área de Atuação*	() sim	() não
Ou experiência de 2 anos como docente na área específica e/ou especialidade conexas*	() sim	() não
	Local:	
Ou comprovar atividade assistencial na área de atuação há no mínimo 5 anos*	() sim	() não
	Local:	
Ter a Ficha de Inscrição aprovada pela Diretoria da SCP e pela Diretoria dos Departamentos Científicos	() sim	() não

*Necessitam comprovação.

A Ficha de Inscrição preenchida e os documentos comprobatórios devem ser enviados para
scp@scp.org.br

Em caso de dúvidas entrar em contato com a SCP pelos telefones (48) 3231-0344 / 99117-4890