

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2017
SOLICITAÇÃO DE VISTA DE PROVA

PROTOCOLO

VT _____
(USO DA COREME)

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

NOME COMPLETO		
RG ou REGISTRO DE ESTRANGEIRO	CPF	Nº DE INSCRIÇÃO
EMAIL (Letra legível)		TELEFONE

IDENTIFICAÇÃO DO PROGRAMA

ACESSO DIRETO

ESPECIALIDADES

NOME DO PROGRAMA	CÓDIGO DO PROGRAMA
------------------	--------------------

INSTRUÇÕES

Durante a vista de prova:

Não é permitido o uso de celulares, tablets, computadores e/ou similares;

Não é permitido o uso de máquina fotográfica;

Não é permitido fotografar a prova;

Não é permitida a discussão da prova com pessoas que não pertençam à banca de revisão;

A cópia da prova deverá ser devolvida à banca de revisão;

EM HIPÓTESE ALGUMA o candidato poderá ficar com a cópia da prova sob pena de ter seu pedido **INDEFERIDO**.

DATA	ASSINATURA DO CANDIDATO
------	-------------------------

PROCESSO SELETIVO PÚBLICO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2017
SOLICITAÇÃO DE VISTA DE PROVA

PROTOCOLO (USO DA COREME)

VT
DATA (USO DA COREME)
RESPONSÁVEL (USO DA COREME)

NOME COMPLETO

INSTRUÇÕES

Durante a vista de prova:

Não é permitido o uso de celulares, tablets, computadores e/ou similares;

Não é permitido o uso de máquina fotográfica;

Não é permitido fotografar a prova;

Não é permitida a discussão da prova com pessoas que não pertençam à banca de revisão;

A cópia da prova deverá ser devolvida à banca de revisão;

EM HIPÓTESE ALGUMA o candidato poderá ficar com a cópia da prova sob pena de ter seu pedido **INDEFERIDO**.

ATENÇÃO:

Apresente este **PROTOCOLO** para retirada e devolução de cópia de prova.