



Fundação São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

FCMS
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Rua Joubert Wey, 290
CEP. 18030-070 – Sorocaba – SP
Fone: (015) 3212-9900

DECLARAÇÃO

Declaro, para o fim específico de validação de minha matrícula no Programa de Residência Médica da FCMS – PUC/SP que, comprometo-me a completar minha documentação até **15 de março**, sob pena de cancelamento da minha matrícula.

Sorocaba, _____ de _____ de 202____.

Nome: _____

R.G.: _____

Telefone: _____

Documentos faltantes:

Diploma de Graduação

Certificado Conclusão RM reconhecido pela CNRM

Registro no Cremesp (CRM/SP)