FÓRUM DE SAÚDE MILITAR DA CPLP

PROGRAMA DE INTERCÂMBIO DE MILITARES PARA FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MILITAR

- FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO –

Curso _____ **Refer.ª** _____

Nome _____

Posto _____ **Especialidade** _____

País _____ **Organismo onde presta serviço** _____

Habilitações Literárias _____

Contactos (telefone/e-mail): _____ _____

Inscrição na Ordem Profissional ☐ **Sim** ☐ **Não**

Breve síntese curricular:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____