



Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica SBN-Ped

Carta de Recomendação

1. Dados pessoais proponente

Nome	
Data Nascimento	
Qualificação	
Instituição	
Endereço	
Telefone com DDD	
EMAIL	

2. Tipo de associação

Anote o tipo de associação

Ativo	Aspirante	Associados	Correspondente	Honorário
	X			

3. Curriculum Vitae resumido

Graduação / Instituição	
Ano Formatura	
Pós-graduação	
AnotérminoPG	

4. Recomendação(Membro Ativo/SBN-Ped)

Nome	
Endereço	
E-mail	

5. Recomendação(Membro ativo SBN-Ped)

Nome	
Endereço	
E-mail	

6. Declaração

Eu confirmo que as informações acima são corretas e estou de acordo com as regras estatutárias e regimentais, da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia Pediátrica

Assinatura:

Data :