**ANEXO I**

**FÓRUMÁRIO DE INDICAÇÃO**

**PRÊMIO PATOLOGISTA DESTAQUE DA ABPV**

|  |  |
| --- | --- |
| **1) DADOS DO PROPONENTE (**Sócio da ABPV) | |
| **NOME:** |  |
| **CRMV (NÚMERO E UF):** |  |
| **TELEFONE (COM DDD):** |  |
| **CELULAR (COM DDD):** |  |
| **E-MAIL:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2) DADOS DO INDICADO (**Preferencialmente Sócio da ABPV) | |
| **NOME:** |  |
| **CRMV (NÚMERO E UF):** |  |
| **INSTITUIÇÃO:** |  |
| **TELEFONE (COM DDD):** |  |
| **CELULAR (COM DDD):** |  |
| **E-MAIL:** |  |

|  |
| --- |
| **3) RESUMO DA MOTIVAÇÃO DA INDICAÇÃO:** |
|  |

**ANEXO I**

**FÓRUMÁRIO DE INDICAÇÃO**

**PRÊMIO PATOLOGISTA DESTAQUE DA ABPV**

Declaro para os devidos fins e efeitos pertinentes que li e estou de acordo com as normas específicas do prêmio para o qual faço a solicitação de inscrição da candidatura constante do item 2, com sua respectiva motivação de indicação, item 3 deste anexo.

Por ser verdade, firmo o presente.

Local, data.

**Assinatura d(o)(a) proponente**

Confere com o original assinado pelo presidente e arquivado na Secretaria da ABPV.