

**MODELO PARA CURRÍCULO DO CANDIDATO A MEMBRO
CANDIDATOS DA ABOFM**

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____
Endereço: _____
CPF: _____
RG: _____
Nº de registro no Conselho: _____
Estado do Conselho onde está registrado: _____
Estado Civil: _____
Data de Nascimento: _____

CURRÍCULO PROFISSIONAL:

1. HISTÓRICO ESCOLAR:
 - A. Formação Universitária principal
 - B. Outros cursos de graduação universitária
 - C. Formação pós-universitária
 - Doutorado
 - Mestrado
 - Especialização
 - Cursos de aperfeiçoamento ou extensão (mínimo de 100 horas)
 - Residência
 - Estágio de ensino
 - Bolsas de estudo
 - D. Atividades profissionais
 - E. Atividades didáticas (especificando tempo de exercício):
 - Cargos ocupados (professor concursado, local e não concursado)
 - Cursos ministrados
 - Participações em Comissões Examinadoras
 - Conferências, palestras, simpósios e seminários proferidos
 - G. Títulos e concursos
 - F. Sociedades Científicas e Associações de Classe:
 - Cargos ocupados
 - H. Atividades científicas:
 - Livros publicados como autor
 - Livros publicados como co-autor
 - Artigos publicados como autor
 - Artigos publicados como co-autor

I. Experiência em Administração na área de saúde, por exemplo:

- chefia de departamentos
- coordenação de cursos
- coordenação de congressos
- outros

J. Proficiência em língua estrangeira (falar, ler, escrever).

Obs: o curriculum deve estar resumido em tópicos, não é necessário fazer um dossiê.

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA MEMBRO CANDIDATO ACADEMIA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DOS MAXILARES – ABOFM/ABFCOC

Nome: _____ data de nascto. _____

Profissão: _____ Especialidade: _____

Registro no Conselho Regional de Odontologia de: _____

Número: _____ UF: _____ CPF nº : _____ RG _____

Endereço Comercial: _____

Número: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____

E-mail: _____

Endereço Residencial: _____

Número: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Fone: _____ Celular: _____

Quantos anos pratica clínica? _____

Quantos anos de ensino? _____

Porcentagem de tempo dedicado a cada atividade: _____

Estou sendo recomendado pelos seguintes membros da ABFCOC:

Nome:

Assinatura: _____

Nome:

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO

Pelo presente declaro conhecer os Estatutos que regem a Academia Brasileira de Ortopedia Funcional dos Maxilares – ABOFM/ABFCOC, tendo recebido cópia dos mesmos estando de acordo com os objetivos ali expressos, prometendo respeitá-los e cumpri-los, no caso de minha aprovação como Membro Candidato.

Declaro ainda, que os meus dados acima enunciados são corretos e atuais, sendo pois a expressão da verdade, e assim sendo assino abaixo a presente declaração.

Local: _____ Data: _____

Assinatura: _____

OBSERVAÇÕES:

A documentação deverá ser enviada completa, em pdf para a secretaria da ABOFM ou no endereço: Av. Brig. Faria Lima, 1572 – Cj.418 –Jd.Paulistano /São Paulo-SP CEP:01451-917

VALORES :

Após ser aprovado, o membro candidato pagará a anuidade que será dividida em 10 parcelas de 97,00 de fevereiro a novembro. Ou 970,00 a vista com 5% de desconto.