

## ANEXO I

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, médico inscrito no CRM/ UF sob o nº \_\_\_\_\_, requeiro minha inscrição para participar do Exame de Proficiência para obtenção do Certificado de Área de Atuação em Oncogenética 2026, e desde já declaro ter tomado ciência dos termos e condições do referido Certame, conforme disposto no Edital publicado em 06/04/2026.

\_\_\_\_\_- \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Local e data)

Assinatura

\_\_\_\_\_