



RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL 2021
PROGRAMA EM CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL
Formulário de Avaliação de Currículo

Prezado Candidato,

O presente formulário, devidamente preenchido e assinado, juntamente com cópia do diploma de graduação (ou declaração de conclusão do curso) e cópia do histórico escolar da graduação, deverá ser entregue por e-mail para o endereço coremu@unicamp.br, juntamente com o currículo até o dia 03/02/2021, sendo OBRIGATÓRIA A ANEXAÇÃO DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.

Nome	Nº Inscrição
Faculdade onde cursou a graduação	Ano de Formação

1. Você realizou estágios em sua área de formação? Se sim, indique o local, período e carga horária.

2. Você fez iniciação científica/pesquisa? Se sim, especifique abaixo.

3. Você realizou monitoria durante o curso? Se sim especifique abaixo.

4. Especifique abaixo eventos que participou (congressos, seminários, cursos e outros).

5. Apresentou trabalhos em eventos? Se sim, relacione abaixo os eventos, datas e títulos dos trabalhos apresentados.

6. Possui experiência profissional em Odontologia? Se sim, relacione abaixo suas experiências profissionais, locais e período de duração.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____