

**VERIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA EM POLISSONOGRAFIA**

(este formulário deve ser preenchido pelo seu Diretor Médico, Diretor Administrativo ou Supervisor Imediato)

Eu sou o Diretor Clínico, Diretor Administrativo ou Supervisor Imediato do candidato \_\_\_\_\_, que deseja realizar a Prova de Habilitação para Técnicos em Polissonografia. Pelo presente, eu certifico que o candidato apresenta, pelo menos, seis meses de experiência na realização de polissonografia clínica ou experimental em humanos, sendo que a técnica polissonográfica foi a sua principal responsabilidade no laboratório, durante este período.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Nome por extenso

( ) \_\_\_\_\_  
Telefone

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
e-mail

\_\_\_\_\_  
Local de trabalho: nome do laboratório/Centro do Sono

( ) \_\_\_\_\_  
Telefone comercial

(carimbo)