

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)