

ANEXO I: FORMULÁRIO VERIFICAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM POLISSONOGRAFIA:

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 (a) candidato (a) _____, que deseja realizar o **Exame de Suficiência para Obtenção da Habilitação de Técnico em Polissonografia – 2026**. Pelo presente, eu certifico que o (a) candidato (a) 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
(carimbo)

()
Telefone comercial