



Declaração

Declaramos que _____,
(nome do aluno)

é _____ sócio quite da AMVAÇO,
(médico ou acadêmico)

autorizado a fazer um dos cursos ACLS, CITIN, MAVIT,
PVMA e PALS, promovidos pela Somiti.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade)

Assinatura do Presidente da AMVAÇO

“A inscrição somente será concluída após a validação da AMVAÇO”

Validação da AMVAÇO EM _____/_____/_____ _____
--