

TERMO DE COMPROMISSO

Declaro, para fins de credenciamento/recredenciamento do programa de aperfeiçoamento em RDDI, Ultrassonografia ou Fellow (Nível 4) do Colégio Brasileiro de Radiologia, que as informações apresentadas são verdadeiras e condizentes com a realidade das condições de ensino à época.

Declaro ainda que tenho conhecimento das normas de credenciamento e dos requisitos mínimos dos programas básicos do curso de aperfeiçoamento e formação em Radiologia e Diagnóstico por imagem, Ultrassonografia ou Fellow do CBR, disponíveis na sua página eletrônica www.cbr.org.br/residenciaaperfeiçoamento e que, caso obtenha o credenciamento, conduzirei o curso dentro dessas diretrizes.

Tenho conhecimento que este credenciamento tem validade anual e de que o não cumprimento dessas diretrizes, pela interpretação da Comissão de Ensino, Aperfeiçoamento e Residência Médica (CEAR) do CBR, acarretará em não recredenciamento do programa.

Autorizo o CBR a divulgar os dados aqui apresentados referentes às instituições/hospitais/clínicas onde o programa será desenvolvido, o número de equipamentos disponíveis para o programa, nome e disponibilidade dos preceptores/assistentes envolvidos no ensino além da carga de plantões dos aperfeiçoandos E, autorizo o CBR a fazer vistorias nos serviços de treinamento acima listados para verificar as condições de formação dos aperfeiçoandos.

_____, _____ de _____ de ____.

ASSINATURA