INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Date, assine e coloque seu número de sócio da ABFM.

O texto vem preenchido para facilitar a declaração, bastando anotar a instituição e a carga horária somente para os itens supervisionados pelo declarante. Os demais itens devem ser apagados e serão objeto de declaração de outro físico que tenha supervisionado esses outros itens do período de experiência.

Não use papel timbrado da instituição porque a declaração é pessoal, não é institucional. A veracidade das informações é de responsabilidade do físico que assina a declaração.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para fim de comprovação do período de experiência para a inscrição para a prova de Certificação de Especialista na área de Medicina Nuclear pela Associação Brasileira de Física Médica que (nome do candidato e número de sócio ABFM se for o caso) esteve sob minha supervisão presencial nos itens abaixo.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Experiência | Instituição | Carga horária |
| Rotina de trabalho com duas ou mais câmaras cintilográficas, sendo no mínimo uma tomográfica SPECT e mínimo dois radioisótopos diferentes |  |  |
| Rotina de trabalho em quarto terapêutico com radioisótopos |  |  |
| Rotina de trabalho com câmara tomográfica por emissão de pósitron (PET) |  |  |

Cidade, xx de xxxxxxx de 2023.

Nome do declarante e assinatura

Sócio Especialista ABFM número xxxx