

1º Prêmio ABP de Teses

Formulário de Inscrições

- Declaro que o trabalho que está sendo inscrito é desprovido de plágio ou autoplágio: [] Sim [] Não
- Concordo com a utilização do trabalho pela ABP em campanhas promocionais e institucionais: [] Sim [] Não

Trabalho

Título do Trabalho: _____

Categoria em que desejo inscrever meu trabalho: [] Mestrado [] Doutorado

Dados Pessoais

Nome do Apresentador (sem abreviações): _____

Órgão de Classe (CRM, CRP, etc...): _____ Nº Registro: _____ UF: _____ CPF: _____

Endereço para correspondência: _____

CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ País: _____

Tel.: () _____ [] Res. [] Com. Celular () _____

E-mail: _____

Instituição, Organização em que trabalha: _____

Portador de necessidades especiais? Sim Não Quais? _____

Autores

Autor Principal: Nome _____

Email: _____

Orientador: Nome _____

Email: _____

Coautor 01: Nome _____

Email: _____

Coautor 02: Nome _____

Email: _____

Coautor 03: Nome _____

Email: _____

Coautor 04: Nome _____

Email: _____

NOTA

Enviar junto a esta ficha de inscrição, toda documentação descrita no item 3 do Regulamento do “1º Prêmio ABP de Teses” para o email concursos@abp.org.br

Associação Brasileira de Psiquiatria

Rua Buenos Aires, 48 – 3º andar | Rio de Janeiro, RJ | CEP 20070-022 | Telefone: (21) 2199-7500 | Email: concursos@abp.org.br

CNPJ: 00.304.840/0001-48