

## **SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO**

### **Dados cadastrais**

**Instituição solicitante:** nome completo da instituição solicitante e caso a certificadora do curso seja outra instituição, informar ambos os nomes, da instituição que está solicitando e da certificadora do curso. Endereço completo da instituição:

**Nome do curso:**

**Nome do coordenador do curso:**

**Contato do coordenador:**

Telefone fixo

Telefone celular

E-mail:

***Número do Processo interno SOBENDE:***

(Este número será colocado após o recebimento do ofício pela SOBENDE e será informado a instituição solicitante; será utilizado para toda comunicação sobre o andamento do referido processo)

A

Diretoria da SOBENDE

Departamento de Titulação e Credenciamento de Cursos

A *(nome completo da instituição)* vem pelo presente ofício, solicitar à Comissão de Titulação de Especialistas e Credenciamento de Cursos da Associação Brasileira de Enfermagem em Dermatologia - SOBENDE o credenciamento do curso intitulado como

(nome completo do curso) e que tem como instituição certificadora (nome da instituição certificadora), devidamente registrada no MEC sob o número

.....

Local

Data

Assinatura do responsável