

SOLICITAÇÃO DE ACREDITAÇÃO DE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO

Dados cadastrais

Instituição solicitante: nome completo da instituição solicitante conforme registrada junto ao MED

Endereço completo da instituição:

Nome do curso conforme registrado junto ao MEC :

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)

Modelo do Ofício

A

Diretoria da SOBENDE

Departamento de Titulação e Acreditação de Cursos de especialização

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

O ofício devidamente preenchido pelo solicitante deverá ser enviado para o email :
secretaria@sobende.org.br