



CURSO AVANÇADO EM EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA

Ficha de inscrição

Nome Completo: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

Instituição/Empresa em que
Estuda/trabalha: _____

Formação/**profissao**: _____

Título: Mestrado / Área _____

Doutorado / Área _____

Pós-Doutorado / Área _____

Já participou de outro curso de epidemiologia?

Sim

Não

Qual **e quando**? _____

O que você espera aprender com o curso?

Como você espera aplicar o conhecimento adquirido durante o curso?
