APÊNDICE XX- Modelo de Capa de Processo de Apuração

Timbre da Instituição

COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

(NOME DA INSTITUIÇÃO/MUNICÍPIO)

PROCESSO DE APURAÇÃO N° ____/(ano)

Data de instauração: __/__/____

Assunto:

Denunciante(s):

Denunciado(s):

Membros da Comissão de Apuração:

(nome, categoria profissional e número de inscrição no Coren-SC)