AO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO AMAZONAS
SENHOR PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSAS DE INELEGIBILIDADE

Conforme dispõe o Art 10º, X, da Resolução CFM nº 2.182/18, eu, Dr(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho perante a Comissão Eleitoral do CREMAM declarar que **NÃO** possuo qualquer causa de inelegibilidade, previstas no Art. 11 da Resolução CFM nº 2182/2018, sob as penas da legislação vigente.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ASSINATURA)