



CRM-MT
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE MATO GROSSO

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CAUSAS DE INELEGIBILIDADE

Eu, Dr.(a) _____ CRM/MT nº _____, DECLARO perante a Comissão Eleitoral do CRM-MT, sob as penas da legislação vigente, de que não tenho qualquer outra causa de inelegibilidade, nos termos do art. 10, inciso IX da Resolução CFM 2.182/2018.

Cuiabá, ____ de _____ de 2019.

(assinatura do candidato)