DECLARAÇÃO DE INELEGIBILIDADE

Eu, Dr(a) _____, brasileiro(a), CRM-AL nº_____, CPF nº _____, declaro, em cumprimento ao previsto no art. 10, inciso IX, da Resolução CFM nº 2315/2022, que não incido em qualquer causa de inelegibilidade prevista no art. 11 da referida Resolução, estando apto a me candidatar e exercer o cargo de Conselheiro do Conselho Regional de Medicina.

Maceió-AL, _____ de _____ de 2023.

_____
Assinatura do Candidato