

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CHAPA

ELEIÇÃO CFM 2019

À COMISSÃO REGIONAL ELEITORAL,

Os médicos signatários do presente requerimento, nos termos do artigo 13, §§ 1º e 2º, da Resolução CFM nº 2182/2018, vêm requerer o registro prévio da chapa dos seguintes candidatos a membro efetivo e suplente, que irão concorrer à eleição do Conselho Federal de Medicina - CFM para a gestão 2019/2024.

NOME DA CHAPA:

--

CANDIDATO A MEMBRO EFETIVO:

	NOME (por extenso)	CRM	ASSINATURA	E-MAIL	TELEFONE
1					

CANDIDATO A MEMBRO SUPLENTE:

	NOME (por extenso)	CRM	ASSINATURA	E-MAIL	TELEFONE
1					

Fica designado como **representante** desta chapa o(a) Dr.(a) _____, CRM nº _____ e como **substituto(a)** o(a) Dr.(a) _____, CRM nº _____, para acompanharem os trabalhos da Comissão Regional Eleitoral.

Florianópolis, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do Representante da Chapa