

DECLARAÇÃO DE AQUIESCÊNCIA

Eu, _____,
médico(a) inscrito(a) no CRM-ES sob o nº _____, declaro
que aceito a indicação do meu nome, como candidato(a) à Chapa (NOME DA
CHAPA), _____ como _____ membro _____ (EFETIVO _____ OU
SUPLENTE) _____.

Assinatura: _____

Data ____/____/____