

## **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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_