**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE CAUSAS DE**

**INELEGIBILIDADE E DE INCOMPATIBILIDADE**

**ELEIÇÃO 2023 - CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA GESTÃO 2023/2028**

**CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE**

Em cumprimento ao previsto no Art. 10, inciso IX da Resolução CFM nº 2315/2022, eu, Dr. (a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRM-AC nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho perante a Comissão Regional Eleitoral do Conselho Regional de Medicina do Acre declarar que **NÃO** possuo qualquer causa de inelegibilidade e de incompatibilidade prevista no Art. 11 da referida Resolução, estando apto a me candidatar e exercer o cargo de Conselheiro do CRM-AC, sob as penas da legislação vigente.

Por ser verdade, firmo o presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ de 2023.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura)