**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CAUSAS DE INELEGIBILIDADE**

Eu, Dr(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CRM/SP nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO**, sob as penas da legislação vigente, que não tenho qualquer outra causa de inelegibilidade, nos termos do art. 10, inciso IX da Resolução CFM nº 2.315/2022.

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

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

(Assinatura)