

# DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE CAUSAS DE INELEGIBILIDADE

Eu, Dr(a) \_\_\_\_\_ CRM/SP nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, sob as penas da legislação vigente, de que não tenho qualquer outra causa de inelegibilidade, nos termos do art. 10, inciso X da Resolução CFM 2.161/2017.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)