REQUERIMENTO CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu _____, CRM nº 52 -_____

Venho expressamente solicitar ao CREMERJ o CANCELAMENTO da minha inscrição neste Conselho.

☐ CANCELAMENTO POR INVALIDEZ

☐ CANCELAMENTO POR AUSÊNCIA DO PAÍS

☐ CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

☐ CANCELAMENTO DO EXERCÍCIO DA MEDICINA

Declaro estar ciente que deverei apresentar/enviar minha Carteira Profissional de Médico (Capa Verde) para que possam averbar o cancelamento e finalizar o processo.

CREMERJ:
A/C Registro Médico de Pessoa Física
Praia de Botafogo, 228 / lj 119B
Botafogo – Rio de Janeiro/RJ
CEP: 22250-145

Obs: A Carteira Livro poderá ser entregue no CREMERJ através de um(a) portador(a) devidamente autorizado.

Rio de Janeiro ____ de _____ de _____

Assinatura

_____