



SOCIEDADE BRASILEIRA DE  
CIRURGIA PLÁSTICA

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA**  
**SBCP - REGIONAL GESTÃO 2020/2021**

**REGIONAL:** **Nome da Chapa:**

**Nome do Presidente da Chapa:**

**Nacionalidade:** **Estado Civil:**

**Nº do CRM:** **/ Estado:**

**Nº RG:** **Nº CPF:**

**Endereço:**

**E-Mail:**

**Telefone:**

**Composição da chapa completa** (INFORMAR NOMES POR EXTENSO)

Presidente: \_\_\_\_\_

Secretário (a): \_\_\_\_\_

Tesoureiro (a): \_\_\_\_\_

Serve o presente, para solicitar a inscrição da **Chapa** \_\_\_\_\_ por mim  
Nome da chapa  
liderada, para concorrer nas eleições da SBCP pela **Diretoria Regional** \_\_\_\_\_,  
para **gestão 2020/2021**.

Declaro para todos os fins, que tenho total conhecimento dos requisitos necessários para minha regular candidatura ao cargo acima indicado, estando em pleno gozo dos meus direitos estatutários junto a SBCP, portanto apto a concorrer nas eleições no corrente ano.

Cidade

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO CANDIDATO** COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO

*(Somente serão aceitas assinaturas originais, não se admitindo assinaturas escaneadas e/ou digitalizadas)*