**TERMO DE AQUIESCÊNCIA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico, inscrito neste Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_, venho informar que faço parte da chapa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ abaixo assinado, estando quite com a tesouraria, declara expressamente sua aquiescência à candidatura para membro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do Conselho Regional de Medicina do Estado da Paraíba, Gestão - 2023/2028, nas eleições que se realizarão nos dias 14 e 15 de agosto de 2023.

Por ser verdade, firmo o presente.

João Pessoa-PB, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2023.

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

Assinatura