

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO | ELEIÇÕES ABORL-CCF 2023**  
**REPRESENTANTE DISTRITAL COMITÊ**

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

**Abaixo assinale apenas um Comitê e \*Região para o qual deseja concorrer como Representante Distrital. \* a região escolhida deve corresponder a do CRM ativo**

**Comitê de Eventos e Cursos** ( ) Norte ( ) Nordeste ( ) Sul

**Comitê de Ética e Disciplina** ( ) Norte ( ) Nordeste

**Comitê de Residência e Treinamento** ( ) Norte

**Comitê de Título de Especialista** ( ) Nordeste

**Comitê de Defesa Profissional** ( ) Centro Oeste

**Comitê de Educação Médica Continuada** ( ) Norte

**Comitê de Comunicações** ( ) Norte ( ) Centro Oeste

\* as vagas disponíveis para representante distrital correspondem às regiões acima

**Mini currículo (no máximo 150 caracteres, contando letras e espaços)**

---

---

**Plataforma (no máximo 150 caracteres, contando letras e espaços)**

---

---

Declaro que conheço e aceito os termos e condições do Edital das Eleições da ABORL-CCF e que a minha inscrição será analisada pelo Colégio Eleitoral, podendo deferir ou não a inscrição. Registro ainda o meu consentimento para que os dados pessoais fornecidos no ato da inscrição sejam captados, tratados e divulgados pela ABORL-CCF para os fins eleitorais.

Cidade: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Atenção: Juntamente com o formulário de inscrição, ANEXAR (UMA) FOTO 3x4 recente em alta resolução. NÃO SÃO PERMITIDAS fotos com acessórios que prejudique a identificação do candidato.**