



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL

Departamento de Registro

PEDIDO DE DESLIGAMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo. Sr.

Presidente do Conselho Regional de Medicina do DF,

Eu _____,

Médico (a) inscrito (a) neste Conselho sob o nº _____, venho solicitar **desligamento** do cargo de Diretor(a) Técnico do(a) _____

registrado(a) neste CRM/DF Sob o nº _____.

() Estou ciente que para **deferimento** do pedido estou de acordo com o disposto na **Resolução CFM nº 1971/2011 - "Art. 12 Ao médico responsável técnico integrante do corpo societário da empresa, instituição, entidade ou estabelecimento somente é permitido requerer baixa da responsabilidade técnica por requerimento próprio, informando o nome e número de CRM de seu substituto naquela função"**.

Observações:

_____.

Brasília-DF, ____ / ____ / ____

Assinatura