**REQUERIMENTO**

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) no Conselho Regional de Medicina do Estado do Ceará sob o nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito o cancelamento de inscrição secundária nesta Autarquia Federal pelo motivo de não mais exercer a medicina no respectivo estado.

\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_­­.

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

Assinatura do médico