



Região do Sul

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO

- Preencher em Maiúsculas -

Com o requerimento, deverá entregar a cédula profissional e comprovativo da regularização das quotas

Cédula Profissional	Nome Completo

Exmo Sr. Presidente do Conselho Regional do Sul, venho por este meio requerer a V. Exa, ao abrigo da alínea b) artigo 121.º do Estatuto da Ordem dos Médicos, o cancelamento da minha inscrição.

Em conformidade com o supracitado preceito legal, junto a este requerimento a minha cédula profissional e declaro que não tenho, à presente data, quaisquer quotas em dívida.

Motivo deste requerimento:

Emigração

Deixar de exercer a Profissão Médica

Outra, Qual? _____

Declaração de Não Exercício

Declaro por minha honra não exercer qualquer atividade profissional em território Português durante o período em que mantiver a condição de membro Cancelado.

Assinatura: _____

Data ____/____/____

RSR020/V01

