



SOCIEDADE BRASILEIRA DE
CIRURGIA PLÁSTICA

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA REGIONAL
SBCP - REGIONAL GESTÃO 2026/2027

REGIONAL: **Nome da Chapa:**

Nome do Presidente da Chapa:

Nacionalidade: **Estado Civil:**

Nº do CRM: / **Estado:**

Nº RG: **Nº CPF:**

Endereço:

E-Mail:

Telefone:

Composição da chapa completa (INFORMAR NOMES POR EXTENSO)

Presidente: _____

Secretário (a): _____

Tesoureiro (a): _____

Serve o presente, para solicitar a inscrição da **Chapa** _____ por mim liderada, para
concorrer nas eleições da SBCP pela **Diretoria Regional** _____, para o **biênio 2026/2027**.
Nome da chapa

Declaro para todos os fins, que tenho total conhecimento dos requisitos necessários para minha regular candidatura ao cargo acima indicado, estando em pleno gozo dos meus direitos estatutários junto a SBCP, portanto apto(a) a concorrer nas eleições no corrente ano.

_____, _____ de _____ de 2025.

Cidade

ASSINATURA DO CANDIDATO COM FIRMA RECONHECIDA POR AUTENTICIDADE EM CARTÓRIO
(Somente serão aceitas assinaturas originais, não se admitindo assinaturas escaneadas e/ou digitalizadas)

Com base na lei 13.709/2018, autorizo o tratamento dos meus dados pessoais constantes neste documento, para finalidade eleitoral.