**(MODELO 6)**

**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DO DEFENSOR DATIVO**

Eu, , Advogado(a),OAB-PR n.º,CPF n.º , solicito minha inclusão no quadro de defensores dativos do Conselho Regional de Medicina do Paraná a partir desta data.

Declaro estar ciente de todo o conteúdo da Resolução CRM-PR n.º \_\_\_\_\_\_\_\_, bem como do edital publicado no Diário Oficial n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_, comprometendo-me ao seu fiel cumprimento e aceitando as regras ali impostas para tal atividade, sob pena de exclusão do cadastro.

Apresento para meu cadastro todos os documentos elencados no artigo 2º da Resolução CRM-PR n.º\_\_\_\_\_, bem como os do item 4 do edital para cadastramento de defensores dativos.

Estou ciente de que a efetivação de meu cadastro depende da confirmação dos documentos entregues a esse Conselho Regional de Medicina.

Nome Completo (sem abreviações):

N.º OAB RG CPF .

Endereço Completo:

Telefones para contato:

E-mail para contato:

Curitiba, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2019.

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

Assinatura