

**FORMULÁRIO ELEITORAL E TERMO DE ANUÊNCIA**

**ELEIÇÃO ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA - GESTÃO 2026/2029**

**NOME DA CHAPA:**

**NOME COMPLETO DO CANDIDATO:**

**CARGO ELETIVO:**

**GÊNERO:**

**DATA DE NASCIMENTO:**

**TELEFONE(S):**

**Nº DO CREMESP:**

**Nº DO RG:**

**Nº DO CPF:**

**ENDEREÇO COMPLETO:**

**E-MAIL:**

I- Serve o presente como **FORMULÁRIO ELEITORAL** para **REQUERER** à Comissão Eleitoral – 2026 da Associação Paulista de Medicina minha **INSCRIÇÃO** como integrante da Chapa e cargo eletivo acima mencionados, para concorrer as eleições da Associação Paulista de Medicina - Gestão 2026/2029. Este documento serve, igualmente, como **TERMO DE ANUÊNCIA** para conceder **ANUÊNCIA** formal a inclusão do meu nome como candidato na referida Chapa.

II- Declaro, para todos os fins de direito, ter pleno conhecimento e ciência de todos os dispositivos estatutários, regimentais e normativos da Associação Paulista de Medicina, especialmente quanto aos requisitos ou condições de elegibilidade para o cargo acima indicado e atesto estar em pleno gozo dos meus direitos estatutários e quite com as contribuições associativas para concorrer às eleições, os quais deverão ser conferidos e validados pela Comissão Eleitoral da APM oportunamente.

III- Por fim, declaro ciência de que, conforme determinação da Comissão Eleitoral da APM, **apenas será admitida assinatura física (original), com o devido reconhecimento de firma, OU a assinatura digital, feita obrigatoriamente por meio de um certificado digital emitido pelo ICP-Brasil.** NÃO serão aceitas assinaturas escaneadas e/ou digitalizadas, sob pena de nulidade do presente documento. Estou ciente, ainda, de que esta inscrição só será aceita e validada se a **Chapa for apresentada de forma completa**, ou seja, com todos os membros da Diretoria, do Conselho Fiscal e de Delegados da Capital da APM, e que todos tenham elegibilidade nos termos do Estatuto Social da APM e do Código Eleitoral da APM.

\_\_\_\_\_ (cidade), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Candidato**

**(original com reconhecimento de firma ou digital com certificado digital emitido pelo ICP-Brasil)**

"Os dados coletados neste Formulário são tratados estritamente para ao processo eleitoral da Associação Paulista de Medicina, nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709-18). Ao assinar, o candidato autoriza seus usos para fins associativos, de elegibilidade e registro eleitoral."