**DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE**

Declaro, em cumprimento ao previsto no art. 12 e incisos I, II, III e IV da Resolução CFM nº 2.315/2022, que não incido em qualquer causa de incompatibilidade, estando apto(a) a me candidatar e exercer o cargo de Conselheiro(a) do Conselho Regional de Medicina do Estado do Espírito Santo.

Vitória/ES, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2023.

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

Nome do(a) candidato(a)