 **CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO TOCANTINS**

**TERMO DE COMPROMISSO DE DIREÇÃO**

Ilmo(a). Sr(a).

Presidente do Conselho Regional de Medicina no Estado do Tocantins

 Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico(a) inscrito(a) neste Conselho sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho na presença de Vossa Senhoria declarar que estou assumindo o cargo de diretor técnico do estabelecimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Declaro estar ciente das atribuições do cargo e que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorra no Corpo Clínico, nas destinações e alterações contratuais ou estatutárias da instituição e, no caso do meu impedimento, suspensão ou demissão do cargo, o dever de notificar tal fato, por escrito, ao Conselho Regional de Medicina ( Resolução CFM nº 1.980/11, artigos 9º ao 12º).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

 (Local e data)

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

Assinatura do diretor técnico

Reconhecer assinaturas em Cartório.