



## MODELO DE REQUERIMENTO

(Nome do requerente), (estado civil), médico, CRM (número da inscrição no respectivo conselho de medicina), especialista em medicina do trabalho AMB/CFM/ANAMT, inscrito nessa Associação (se tiver numero colocar), através do presente requer a inclusão de seu nome na relação de médicos com especialização em medicina do trabalho constante de seu portal eletrônico.

Em cumprimento as deliberações dessa Associação, em anexo, junto documento comprobatório da respectiva especialização.

Aguardo deferimento

(local e data)

---

(assinatura do médico especialista requerente).