_____, _____de_____de_____.

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INDISPONIBILIDADE

Eu_____, ( )médico/( )psicólogo, em atual exercício no município de_____, devidamente registrado no CRM/ CRP_____, solicito o cancelamento da indisponibilidade cadastrada em minha agenda no período de ___/___/_____à ___/___/_____ pelos motivos abaixo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Atenciosamente,

_____

Assinatura e carimbo do profissional