

**AUTORIZAÇÃO DIVULGAÇÃO DO NOME E DADOS PESSOAIS NO
SITE DA ABP**

Eu, _____, portador do RG
nº _____, inscrito no CPF sob o
nº _____, no CRM sob o nº _____,
associado à ABP sob o nº _____, autorizo a
publicação do meu nome no *site* da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP
(www.abpbrasil.org.br), como associado, permitindo, ainda, a divulgação da(s)
cidade(s) em que atuo profissionalmente, assim como dos seguintes dados
(S – sim/N-não): Endereço (), e-mail (), telefone (s) () e outros
(especificar)_____.

Rio de Janeiro, _____ de 2007

Assinatura