Conselho Regional de Odontologia do DF

Processo nº. _____

Fl. nº. _____ Rubrica: _____

CRO DF CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE TSB

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Nº. DO PROTOCOLO

Eu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CRO-DF Nº. _____, CPF _____, declaro, sob as penas da lei, **não mais exercer minhas atividades profissionais como Técnico(a) em Saúde Bucal**, razão pela qual solicito a este CRO-DF o **cancelamento** da minha inscrição, conforme prevê o artigo 157, alínea "b", da Resolução CFO-63/2005.

Declaro estar ciente de que, com o cancelamento da inscrição, qualquer prestação de serviço após o protocolo do presente requerimento, será considerado exercício ilegal da profissão.

Profissional entrega **Cédula Profissional:** ( ) SIM ( ) NÃO

Vem, ainda, requerer e/ou informar: _____

_____

_____

Nesses termos, peço deferimento.

Brasília-DF, _____de_____de _____.

_____

Assinatura

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA - PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

_____

_____ BAIRRO:_____

MUNICÍPIO _____ UF_____ CEP:_____-_____

TELEFONES: ( )_____ | ( )_____

EMAIL:_____