

ILMO. SR. PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Eu, _____,
inscrito(a) nesse Conselho sob o número CRO-DF-_____, encaminho a Vossa
Senhoria envelope lacrado contendo o meu **voto** referente ao **2º turno** da eleição que
acontecerá no dia **20 de outubro de 2023**, para a renovação dos conselheiros efetivos e
suplentes desse Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal, para a gestão
2024-2025.

Estou ciente de que, para o exercício do direito ao voto, devo possuir inscrição
principal até 60 (sessenta) dias antes do pleito e estar em dia com a tesouraria desse
Conselho, inclusive com a anuidade de 2023.

Atenciosamente,

_____, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) cirurgião(ã)-dentista
CRO-DF nº _____

Endereço para correspondência:

Bairro: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefones: () _____ / () _____

E-mail: _____