CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

APOSTILAMENTO

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

Eu, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

( ) CD ( ) TPD ( ) TSB ( ) ASB ( ) APD, inscrito(a) nesse CRO-DF sob o nº _____, venho requerer a Vossa Senhoria que se digne a apostilar o ( ) **diploma de graduação/ certificado de curso técnico ou auxiliar** e/ou ( ) **certificado de especialidade/ habilitação**, para que dele(s) passe(m) a constar _____ _____, pelo seguinte motivo: ( ) matrimônio; ( ) divórcio.

Para tanto, anexo a documentação comprobatória.

Solicito ainda a 2ª via da cédula profissional.

Nesses termos, peço deferimento.

Observação:_____

_____

Brasília, _____ de _____ de 20_____

_____

Assinatura

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

TELEFONE(S): ( )_____ | ( ) _____

E-MAIL:_____