Processo nº. ________________________

Fl. nº. ________ Rubrica: _____________

CRO DF CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA 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 no Distrito Federal**, 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 irregular da profissão no DF.

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:____