Processo nº. ________________________

Fl. nº. ________ Rubrica: ____________

CRO DF CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE APD

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 Auxiliar em Prótese Dentária**, 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:____