

Ao

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia

Porto Velho-RO, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Senhor (a) Presidente do CRO-RO

Venho através desta, solicitar o cancelamento de minha inscrição junto a este CRO, por não estar exercendo as atividades profissionais na jurisdição deste Conselho.

Declaro para os devidos fins de cancelamento de inscrição, sob as penalidades da lei, que em caso de voltar a exercer as atividades profissionais nesta jurisdição, seguirei todos os trâmites legais de registro e inscrição no referido CRO-RO.

Segue em anexo minha cédula de identidade profissional.

Sem mais, aguardo o deferimento deste pedido.

Atenciosamente,

---

Nome e Categoria

---

**Nº do CRO-RO**