

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia

Rua Duque de Caxias,508,Caiari

Porto Velho-RO

Telefone: (69) 3221-1813

CRO-RO

PROCOLO: _____ / _____

PROCESSO CRO-RO: _____ / _____

SECRETÁRIA DO CRO-RO

REQUERIMENTO DE TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do CRO-RO

Venho solicitar a troca de Responsável Técnico, conforme documentos em anexo.

REQUERENTE:

* Inscrição no CRO-RO: EPO- _____

* Razão Social: _____

* CNPJ: _____

- NOVO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nome: _____

Inscrição no CRO-RO: _____

- DADOS DO ANTIGO RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nome: _____

Inscrição no CRO-RO: _____

Favor informar a situação do antigo Responsável Técnico:

() – Ainda faz parte do quadro de profissionais da EPO.

() – Não faz mais parte do quadro de profissionais da EPO.

Declaro para os devidos fins de inscrição, que este requerimento só terá validade acompanhada dos documentos obrigatórios necessários para esta inscrição.

Data: ____/____/____.

Assinatura do responsável legal pelo EPO