

Conselho Regional de Odontologia de Rondônia
Rua Duque de Caxias,508,Caiari
Porto Velho-RO
Telefone: (69) 3221-1813
CRO-RO

Protocolo _____/_____
Processo CRO-RO _____/_____

Secretária do CRO-RO

REQUERIMENTO DE TROCA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO DE EPAO

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

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

REQUERENTE:

* Inscrição no CRO-RO: EPAO _____

* 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 EPAO.

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

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 pela EPAO