



PEDIDO DE INSCRIÇÃO DE ESPECIALIDADE OU HABILITAÇÃO

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo,

Eu, _____,
cirurgião(ã)-dentista, inscrito(a) neste Conselho sob o número _____,
venho, respeitosamente, solicitar o meu registro e inscrição como:

ESPECIALISTA / **HABILITADO** em

(insira aqui o nome completo da especialidade ou habilitação conforme reconhecido pelo CFO)

nos termos das normas aprovadas pelo CFO.

Nesta oportunidade, declaro **ACEITAR** e **ESTAR CIENTE** : **(LEIA COM ATENÇÃO)**

1- Acerca das normas do CFO relacionadas ao registro e inscrição do pedido acima solicitado;

2- O acompanhamento do pedido, inclusive quanto a eventual pendência e arquivamento, é de responsabilidade do requerente e deverá ser feito **exclusivamente** pelos **serviços On-line e por e-mail**. Por esse motivo, é imprescindível que o endereço de e-mail esteja sempre atualizado;

3- O não pagamento da taxa de inscrição será entendido como desistência do processo e o pedido de registro deverá ser automaticamente arquivado;

4- O pedido de registro e inscrição de especialidade corresponde a uma solicitação de análise da documentação apresentada. Nesse sentido, de acordo com a verificação técnica pelo CFO, o processo poderá ser **deferido** ou **indeferido**;

5- Em caso de indeferimento do pedido, a taxa de inscrição não será restituída, pois corresponde ao valor do trâmite documentação.

6- Em caso de deferimento do pedido, o profissional poderá, por meio do site do CRO/SP, realizar a retirada de uma Declaração de Habilitação Legal, **gratuita**;

7- A documentação apresentada é de responsabilidade do solicitante e se presume verdadeira, **sendo que em caso de constatação de falsidade serão tomadas as medidas civis, penais e administrativas cabíveis**.

Nestes termos, pede deferimento.

_____/_____/_____
Cidade UF de de
Data

Requerente

Obrigatória assinatura de próprio punho, conforme documento de identidade