



REQUERIMENTO DE PRORROGAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

Data: _____ de _____ de 20____.
Cidade/UF: _____ / _____.

Sr. Presidente do Conselho Regional de Odontologia de São Paulo, abaixo seguem meus dados pessoais, pois venho requerer a PRORROGAÇÃO da minha inscrição provisória por mais 06 (seis) meses, conforme Resolução CFO 257/2023:

TIPO DE INSCRIÇÃO:	PROVISÓRIA
CATEGORIA:	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> ASB <input type="checkbox"/> TSB <input type="checkbox"/> TPD <input type="checkbox"/> APD
Nº DE INSCRIÇÃO:	

Dados Pessoais:

Nome Completo:							
Nome social (se houver):							
CPF:		Sexo:					
Nascimento:		Estado civil:					
Pai:							
Mãe:							
Nacionalidade:		Naturalidade:					
Tipo sanguíneo:		Doador de órgãos:		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Identidade Nº:		Órgão:		UF:		Emissão:	
Título Eleitoral Nº:		Zona:		Seção:		UF:	

Nessa oportunidade, **DECLARO** estar ciente das seguintes informações (LEIA COM ATENÇÃO):

1. Só serão acatadas as solicitações com a documentação completa e todos os dados devidamente preenchidos;
2. O acompanhamento do pedido, inclusive quanto a eventual pendência e arquivamento, deverá ser feito exclusivamente pelos Serviços On-line e pelo e-mail;
3. 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;
4. A nova data de validade será processada de acordo com a data de solicitação concluída no sistema, e não com a data informada neste requerimento;
5. Deverá arcar com o pagamento de nova taxa de emissão de cédula, com nova validade, e para retirada da cédula de identificação profissional, deverá apresentar foto 2x2.

Nestes termos, pede deferimento.

Requerente
(Assinatura de próprio punho, conforme documento de identidade)