

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE
ESPECIALIDADE OU HABILITAÇÃO**

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DE GOIÁS.

Eu, _____
_____ inscrito (a) nesse Conselho Regional sob o nº. _____ () CD // () TPD,
venho requerer o registro neste Conselho da seguinte () especialidade // () habilitação

Nesta oportunidade, declaro aceitar e estar ciente:

1. Das normas relacionadas à inscrição de especialidade ou habilitação, o qual será submetido à verificação técnica do CFO;
2. O acompanhamento do pedido será feito exclusivamente através do e-mail informado;
3. O deferimento da inscrição está condicionado ao pagamento da taxa de inscrição. Em caso de indeferimento do pedido, a taxa de inscrição não será restituída, pois corresponde ao valor do trâmite da documentação;
4. 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.

_____, ____/____/____

ASSINATURA

Dados atualizados:

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: () _____ - _____