

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO

Senhor Presidente do Conselho Regional de Odontologia do Acre,

Eu, _____,
CPF nº. _____, inscrito (a) na categoria _____,
sob o nº. _____, no CRO/_____, venho por meio deste requerer a
transferência da minha inscrição para o CRO/AC.

Nestes termos, pede deferimento.

_____ - AC, ____/____/_____.

Assinatura