CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE SÃO PAULO

Inscrição de Auxiliar em Prótese Dentária

É proibida inscrição aos menores de 18 anos, conforme Portaria CROSP 0157/2017.

- Declaração firmada pelo Cirurgião Dentista ou Técnico em Prótese Dentária com firma reconhecida atestando a capacidade do interessado, conforme exemplo abaixo:

MODELO:

xxxxxxxxxxxxxxxxxxx, xxxxx de xxxxxxxxxxxxxxxx de xxxxx.

Eu Doutor(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx CROSP xxxxxx, declaro para os devidos fins de inscrição no Conselho Regional de Odontologia, que a funcionária (o) Sr.(a) xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx RG: xxxxxxxxxxxx CPF: xxxxxxxxxxxx, está apto(a) a exercer a função de auxiliar de prótese dentária.

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

(Assinatura e carimbo do Cirurgião-Dentista ou do Técnico em Prótese Dentária)

Obs.: A Declaração acima tem validade de 30 dias.

- Histórico Escolar do Ensino Fundamental ou Ensino Médio;
- CPF, Cédula de Identidade, Título de Eleitor, Reservista, e da Certidão de Nascimento ou Casamento (com averbação, se divorciado);
- Comprovante de endereço recente (água, luz ou telefone fixo);
- 1 foto 3x4 colorida com fundo branco.

*Documentos originais.

VALORES A SEREM PAGOS: INSCRIÇÃO + CÉDULA + ANUIDADE

Observações:

Para retirada da cédula, favor comparecer munido (a) de:

- 1 foto 2x2;

Prazo máximo para conclusão do serviço: 40 dias corridos.

PARA AGENDAR SEU ATENDIMENTO ACESSE:

www.crosp.org.br/crospatende