



Ao Ilmº Srta. Daniela de Sá lamamoto
Presidente do Conselho Regional de Óptica e Optometria do Estado de São Paulo –
CROO-SP

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO

Eu, _____, _____
(nome) (nacionalidade)

_____, inscrito no CPF sob o nº _____ e no RG _____,
(estado civil) (número do CPF) (número do RG)

Residente e domiciliado à _____
(endereço completo)

venho respeitosamente à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento da minha
filiação a este Conselho, pois _____

(motivo do cancelamento)

Estou ciente que a partir da presente data, não poderei utilizar o número da Carteira de Identificação Associativa ou ostentar a condição de filiado (a), sob pena de adoção das medidas judiciais cabíveis.

Em um eventual retorno, será emitido um novo número de registro.

Pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.
(cidade) (dia) (mês) (ano)

(assinatura)