



A Ilma^o Srta. Daniela de Sá Iamamoto Guitel
Presidente do Conselho Regional de Óptica e Optometria do Estado de São Paulo –
CROO-SP

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE FILIAÇÃO

Eu, _____, _____,
(nome) (nacionalidade)
_____, inscrito no CPF sob o n^o _____ 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)

_____.

Pede deferimento.

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

(assinatura)