

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DO PRAZO DE VALIDADE DA INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

DECLARO junto ao **CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO CEARÁ** que fui **INFORMADO(A)**, que minha inscrição provisória, requerida nesta data, terá **validade de 6 (SEIS) MESES** a contar da data de minha **colação de grau**.

DECLARO igualmente, que estou **CIENTE** que decorrido 1 (um) dia após a validade descrita em minha carteira, sem que eu tenha efetuado o requerimento a necessária inscrição principal ou a prorrogação de validade, minha inscrição provisória será considerada **CADUCADA/CANCELADA** e que estarei obrigado(a) a pagar uma nova taxa de inscrição.

DECLARO por fim, que fui devidamente **ESCLARECIDO(A)** que a eventual condição de inscrição caducada/cancelada por não regularização de inscrição junto ao CRO-CE, ensejará a adoção das medidas legais e judiciais pertinentes, podendo ser instaurada a competente ação penal por exercício ilegal da profissão prevista no artigo 282 do Código Penal Brasileiro.

Local e data: _____/CE, ____/____/____

*** ASSINATURA DO DECLARANTE**