

Ilustríssimo Senhor Presidente
do Conselho Regional de Odontologia d _____ ,
venho requerer a V.S^a o pedido de autorização para o curso em práticas
integrativas e complementares à saúde bucal, na área de:

ACUPUNTURA FITOTERAPIA HIPNOSE
TERAPIA FLORAL HOMEOPATIA LASERTERAPIA

01. Entidade promotora:

02. Características da Entidade Promotora:

<input type="checkbox"/>	Entidade de ensino superior com registro no mec.
<input type="checkbox"/>	Entidade não-educacional com registro no mec.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe odontológica.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe de outras áreas da saúde.
<input type="checkbox"/>	Entidade de classe de áreas específicas de terapias complementares.

03. Endereço do local onde será realizado o curso:

04. Nome do Responsável:

CRO- _____ - _____

05. Período de realização do curso: ____/____/____ a ____/____/____

06. Carga Horária:

Carga horária total	
Aulas práticas	
Aulas teóricas	

07. Horário em que serão ministradas as aulas:

Horário	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sábado
Manhã						
Tarde						
Noite						

Periodicidade:

SEMANAL

QUINZENAL

MENSAL

08. Número de vagas: _____

09. Corpo Docente:

Nome do professor/titulação	Nº inscrição do profissional	Nome da disciplina

10. Programa do Curso:

Nome da Disciplina	Conteúdo	Carga horária
		Total:

N.T.

P.E. Deferimento

local e data

assinatura