



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE MINAS GERAIS

R. da Bahia, 1477 - Bairro Lourdes - Tel.: (31) 2104-3000

CEP: 30160-011 - Belo Horizonte / MG

DECLARAÇÃO

.....
(Nome completo)

Cirurgião(ã)-Dentista/Técnico(a) em Prótese Dentária, inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia

de Minas Gerais, sob o número, residente na
(Rua - Av. - Praça/nº/Sala)

..... **em**

(Cidade)

no Estado de Minas Gerais.

DECLARA, sob as penas cominadas no art. 299 do Código Penal Brasileiro falsidade ideológica e no Código de Ética Odontológica, que o(a) Sr(a)

.....
(Nome Completo)

..... **com endereço na**
(Qualificação)

..... **no Estado de Minas Gerais,**
(Rua - Av. - Praça/nº/Sala)

vem exercendo a profissão de AUXILIAR DE PRÓTESE DENTÁRIA desde ____/____/____,

desenvolvendo as tarefas privativas de sua profissão, conforme preceitua a Resolução CFO-177/91.

_____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura – CD/TPD)