



CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DE MINAS GERAIS



GESTÃO ACOLHEDORA E PARTICIPATIVA
2013 - 2015

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

.....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)