

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de registro no Conselho Federal de Odontologia e inscrição no Conselho Regional de Odontologia de Alagoas, que _____, portador(a) da carteira de identidade n.º _____, com data de expedição em ____/____/____, órgão emissor _____, e CPF n.º _____, filho(a) de _____ e de _____, está apto(a) a desempenhar as funções de Auxiliar de Prótese Dentária (APD), nos termos da Decisão CFO-SEC-02 de 30/01/2007.

Maceió, _____ de _____ de _____.

Nome completo do(a) declarante: _____

Inscrição CRO-AL n.º: _____

Carimbo do(a) CD/TPD:

ASSINATURA DO(A) PROFISSIONAL DECLARANTE