



DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE PROFISSIONAL

Eu, _____

Inscrito no **Conselho Regional de Odontologia do Ceará (CRO-CE)**,

DECLARO para os devidos fins de inscrição que o(a)

Sr(a)., _____

_____ portador do CPF: _____ e RG: _____

está **APTO(A)** a exercer a função de **AUXILIAR EM PRÓTESE DENTÁRIA**.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de 20 _____

CIRURGIÃO-DENTISTA
(assinar e carimbar)