



## 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)**