

**DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE PARA EXERCER ATIVIDADES COMO
AUXILIAR EM PRÓTESE DENTÁRIA**

ILUSTRÍSSIMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA
DE GOIÁS.

Eu, _____
_____ inscrito (a) nesse Conselho Regional sob o nº. _____ declaro, perante
o Conselho Regional de Odontologia de Goiás, para fins de Registro e Inscrição nesta entidade,
que _____

está **CAPACITADO (A)** a exercer as atividades como **AUXILIAR DE PRÓTESE
DENTÁRIA**, por ter exercido as atividades em meu laboratório / clínica desde
_____/_____/_____.

Declaro, ainda, que o mesmo é residente e domiciliado na cidade de
_____.

Declaro estar devidamente regular com o Conselho Regional de Odontologia de Goiás e não
ter sofrido penalidade ética.

_____, ____/____/_____

ASSINATURA

Dados atualizados:

Endereço: _____

nº _____ Complemento: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: () _____ - _____