

DECLARAÇÃO

_____,
Auxiliar em Saúde Bucal, inscrito(a) no CRO-DF sob o nº _____, pertencente ao quadro de saúde do Ministério da Defesa: () Aeronáutica () Exército () Marinha, servindo atualmente no(a) _____, com endereço no _____, telefone _____, nesta Capital, conforme documento anexo, com a finalidade de se beneficiar do disposto no art. 255 da Resolução CFO-63/2005, **DECLARA, SOB AS PENAS DA LEI, QUE NÃO EXERCE, NESTA DATA, ATIVIDADE PROFISSIONAL NA ÁREA CIVIL.**

DECLARA, ainda, estar ciente de que deverá comunicar a este Conselho, por escrito, caso venha a se desligar do serviço ativo das Forças Armadas ou passe a exercer atividade privativa de Auxiliar em Saúde Bucal também no âmbito civil, e que estará sujeito às leis, decretos, resoluções e decisões que regem os Conselhos de Odontologia, inclusive quanto às obrigações financeiras para com a Autarquia.

DECLARA, também, estar ciente de que deve comprovar **ANUALMENTE** junto ao Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal a condição de Auxiliar em Saúde Bucal militar, mediante a apresentação da documentação do órgão competente, haja vista que a não comunicação deste fato em tempo hábil, até 31 de março de cada exercício, implicará no lançamento do débito da anuidade correspondente ao ano em que não constar registro desta comprovação em meu prontuário.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

_____, CRO-DF-ASB- _____
Assinatura