

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de registro junto ao Conselho Regional de Odontologia do Distrito Federal, que o(a) senhor(a) _____, _____, brasileiro(a), RG nº _____, inscrito(a) no CPF sob o nº _____, desempenha as funções de **Auxiliar de Prótese Dentária**, na clínica _____, localizada no(a) _____, em Brasília/DF, desde ____/____/_____.

Declaro ainda que o(a) mesmo(a) está apto(a) ao desenvolvimento das funções próprias do Auxiliar de Prótese Dentária, tendo inclusive conhecimento dos limites de sua atuação, sempre sob a minha supervisão.

Brasília-DF, ____ de _____ de _____.

CRO-DF nº _____

Observação: É dispensado o reconhecimento de firma em cartório, desde que o responsável anexe cópia do seu documento oficial com foto.