

MODELO – DECLARAÇÃO PARA APD

DECLARAÇÃO

Local e Data

Eu Dr. _____ CROSP _____, declaro para os devidos fins de

inscrição no Conselho Regional de Odontologia, que o funcionário Sr.

RG _____, está apto a exercer a função de Auxiliar de Prótese Dentária.

Assinatura e Carimbo

Deverá ser feito agendamento da sua inscrição na sede mais próxima de sua localidade, através do site:

www.crosp.org.br, no CROSP ATENDE.