

DECLARAÇÃO

Eu, _____, ()TPD | ()CD,
inscrito(a) no Conselho Regional de Odontologia da Paraíba, sob o nº _____, com endereço na
_____, cidade _____ -
estado da Paraíba.

Declara, sob as penas cominadas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro (**Falsidade Ideológica**) e no Código de Ética Odontológica, que
_____ com endereço:
_____, cidade _____-PB,
vem exercendo a profissão de **Auxiliar em Prótese Dentária** desde a data de
_____, no seguinte endereço: _____,
na cidade _____-PB.

_____, _____ de _____ de 20____.

TPD | CD / CRO-PB n.º: _____

APD / CPF n.º: _____