

MODELO DE DECLARAÇÃO

Eu, **NOME**, inscrito no CRM/UF sob o n.º e no CPF sob o n.º, portador da Carteira de Identidade n.º, Diretor do (a) **NOME DA INSTITUIÇÃO**, localizada na (nome da rua/avenida/travessa), (número do imóvel), (bairro/vila), na cidade de (nome da cidade)/(sigla da unidade da federação), CEP, endereço eletrônico, declaro que o(a) Dr.(a) **NOME**, inscrito no CRM/UF sob o n.º e no CPF sob o n.º, portador da Carteira de Identidade n.º, exerce atividades na especialidade de Otorrinolaringologia desde ____/____/____, realizando consultas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos pertinentes à especialidade.

Local, ____ de _____ de 2021.

Assinatura com firma reconhecida do Diretor