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 2023.

Assinatura com firma reconhecida do Diretor