

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 , 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 de um associado
com Título de Especialista pela AMB/MEC