

### **ANEXO III – MODELO I DE CARTA | DECLARAÇÃO**

(Especificar as atividades exercidas de capacidade prático-profissional seguindo a matriz de competência de área de atuação em foniatria)

A

#### **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA CÉRVICO FACIAL**

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador (a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ e inscrito (a) CRM sob nº \_\_\_\_\_ e RQE nº \_\_\_\_\_, com Título de Especialista em Otorrinolaringologia e Certificado na Área de Atuação em Foniatria pela Associação Médica Brasileira, declaro para os fins de direito, que \_\_\_\_\_, (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador (a) da cédula de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ inscrito (a) CRM sob nº \_\_\_\_\_ e RQE nº \_\_\_\_\_, com Título de Especialista em Otorrinolaringologia, realizou atividades prático-profissionais na área de atuação em foniatria, sob minha supervisão, por \_\_\_\_\_ anos nas seguinte atividades:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Para comprovar o treinamento teórico-prático na área de atuação em foniatria e por ser expressão de verdade, dato e assino a presente.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_