

ANEXO 2:

Modelo de Autorização para cursar o Curso de ASB 2024.1



COMANDO DA AERONÁUTICA

(NOME DA ORGANIZAÇÃO MILITAR DO CANDIDATO)

FICHA DE AUTORIZAÇÃO DO CURSO DE AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

Autorizo o militar _____, SARAM _____, pertencente ao efetivo do(a) _____ a participar do Curso de Auxiliar em Saúde Bucal, turma 2024.1 que ocorrerá na Odontoclínica de Aeronáutica Santos Dumont (OASD), no período de 05/02/2024 a 29/08/2024 com a seguinte distribuição: 05/02 a 10/03/2024, modalidade EAD; 25/03 a 29/08/2024, modalidade presencial durante o expediente regular semanal da OASD, de segunda à sexta-feira nos turnos diurno (7h às 12:30h) ou vespertino (12h às 17:30h).

Informo, ainda, que o referido militar atende a todos os pré-requisitos conforme prevê o edital.

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 2024.

(Posto e nome completo do comandante da OM ou Chefe imediato)