

ANEXO 2: Modelo de Autorização para cursar o Curso de ASB 2025.1



COMANDO DA AERONÁUTICA

(NOME DA ORGANIZAÇÃO MILITAR DO CANDIDATO)

FICHA DE AUTORIZAÇÃO DO CURSO DE AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL

Autorizo o (a) militar

_____,
SARAM _____, pertencente ao efetivo do (a) _____ a
participar do Curso de Auxiliar em Saúde Bucal, turma 2025.1, que ocorrerá na Odontoclínica de
Aeronáutica Santos-Dumont (OASD), no período de 10/02/2025 a agosto/2025 com a seguinte
distribuição: modalidade EAD (10/02 a 14/03/2025); modalidade presencial (31/03 a agosto/2025)
que acontecerá durante o expediente regular semanal da OASD, ou seja, de segunda à sexta-feira
nos turnos diurno (7h às 12:30h) e 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 2025.

Comandante da OM