

ANEXO 2:

Modelo de Autorização para cursar o Curso de ASB 2025.2



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 2025.2, que ocorrerá na Odontoclínica de Aeronáutica Santos-

Dumont (OASD), no período de 30/06/2025 a dezembro/2025 com a seguinte distribuição: 30/06 a 03/08/2025, modalidade EAD; 04/08 a dezembro/2025, modalidade presencial durante o expediente regular semanal da OASD, de segunda à sexta-feira no turno 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 2025.

(Comandante da OM)