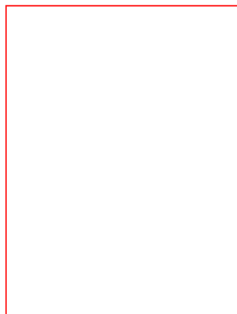




Nome: Título: Filiação: Registro: End:	Nascimento: Nacionalidade: Naturalidade: Data da Inscrição: RG: Data Emissão: CPF: Diplomado Pela: Diplomação:	Emissor:
Tipo Sanguíneo:	Doador órgãos e tecidos:	

Declaro, sob as penas da lei, estar ciente das consequências que poderão advir por qualquer declaração falsa que prestar, na forma do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

FOTO



DIGITAL



ASSINATURA



Artigo 299: Omitir, em documentos públicos ou particulares, declaração que dele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que deveria ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos e multa, se documento for público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa, se documento for particular.

_____, ____ de ____ de ____

Assinatura do Profissional

Reconheço a regularidade do registro e autorizo a emissão da Carteira de Identificação Profissional.

Geraldo P. Rodrigues da Fonseca

[VOLTAR](#)

[Imprimir](#)