



**CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA**

**ANEXO II**

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE DOCUMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_

CPF n°: \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, estado

civil: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado (a) no endereço:

\_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_,

cidade: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, fonoaudiólogo(a), com

registro no Conselho Regional de Fonoaudiologia \_\_\_\_\_ª Região, sob o número: \_\_\_\_\_,

declaro para os devidos fins de direito, sob as penas da lei (art. 299 do Código Penal Brasileiro),

que todos os documentos e cópias listados abaixo, entregues ao Conselho Federal de

Fonoaudiologia são autênticos, íntegros e condizem fielmente com os respectivos documentos

originais.

Declaro também estar ciente de que a falsidade das informações aqui prestadas me sujeitará às penalidades civis, administrativas e criminais cabíveis.

Relação de documentos apresentados:

1. Nome do documento: \_\_\_\_\_

2. Nome do documento: \_\_\_\_\_

3. Nome do documento: \_\_\_\_\_

4. Nome do documento: \_\_\_\_\_

5. Nome do documento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e número de registro profissional