

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DE DOCUMENTAÇÃO**  
**REGISTRO DIGITAL**

Eu, NOME DO DECLARANTE: \_\_\_\_\_,  
NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_, ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_,  
Fonoaudiólogo(a), DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, DOCUMENTO DE  
IDENTIDADE n.º \_\_\_\_\_ - ÓRGÃO EXPEDIDOR: \_\_\_\_\_ -  
UF: \_\_\_\_\_, CPF Nº \_\_\_\_\_,  
ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO: \_\_\_\_\_,  
Nº \_\_\_\_\_, COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_,  
ESTADO: \_\_\_\_\_, DECLARO, SOB AS PENAS DA LEI, que os documentos apresentados  
digitalizados, sem possibilidade de validação digital, ao presente REQUERIMENTO protocolado  
junto ao CRFa 3, SÃO VERDADEIROS E CONFEREM COM OS RESPECTIVOS ORIGINAIS.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Assinatura

Nome completo