

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE

Rua Severino Azambuja, 38 – Santiago/RS – Fone: (55) 3251-4494

ANEXO III

DECLARAÇÃO DA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

Declaro para os devidos fins, que eu, _____

Nascido(a) no dia ___/___/____, portador(a) do RG nº _____

Inscrito(a) sob CPF nº _____, residente e domiciliado(a)

Em Santiago/RS, desde _____, no endereço _____

Assumo as responsabilidades pela veracidade das informações aqui prestadas.

Santiago, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do declarante

TESTEMUNHA:

NOME

RG ou CPF

ENDEREÇO