



CREMERJ
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Na falta de documentos próprios, aptos a comprovarem residência e domicílio, eu, _____, nacionalidade _____, estado civil: _____, médico, Documento de identidade nº. _____, expedido por _____, CPF nº. _____, **declaro**, para todos os fins e a quem possa interessar, **ser residente e domiciliado no seguinte endereço:**

Logradouro: _____ **nº:** _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

CEP: _____ - _____ **Município:** _____ **UF:** _____

Em conformidade aos arts. 2º e 3º da Lei Federal nº. 7115 de 29 de agosto de 1983, declaro, ainda, estar ciente de que a inautenticidade das informações prestadas na presente poderá ensejar a aplicação das **sanções cíveis, administrativas e penais** previstas na legislação brasileira, inclusive aquelas referentes aos delitos de falsidade ideológica.

Por ser verdade, assino esta declaração.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura