



DECLARAÇÃO DE PERDA/EXTRAVIO DE CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

Eu, _____, brasileiro (a), estado civil _____, filho de: _____ e de: _____, natural de _____, Estado _____, nascido (a) no dia ____/____/____, portador do RGNº _____ e CPF _____, residente à Rua/Av. _____, Quadra: _____, Lote: _____, Nº: _____, Complemento: _____, Setor: _____, Cidade: _____, UF: _____, CEP: _____, declaro, para os devidos fins e efeitos de direito, sob pena de responsabilidade civil e penal, que foi perdida / extraviada no dia ____/____/____ minha Carteira de Identidade Profissional de Psicólogo (a), registrada no Conselho Regional de Psicologia 9ª Região-GO sob o número CRP 09/_____, a qual encontrava-se sob meus cuidados.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas informações acima, sob as penas da lei, assino a presente.

_____, _____, de _____ de _____.

Assinatura do(a) declarante