

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