

DECLARAÇÃO

IMPORTANTE: *Imprimir, preencher corretamente, reconhecer firma e enviar para o CRBM-1: Av. Lacerda Franco, 1.073, Cambuci, São Paulo-SP, CEP 01536-000*

Eu, _____, brasileiro (a),
estado civil _____, portador (a) da cédula de identidade (R.G.) nº
_____ UF _____, inscrito no C.P.F. do M.F. sob o nº
_____, residente e domiciliado (a) na Rua, Av., etc.
_____, nº _____, cidade de
_____, no Estado de _____, declaro para os fins
de direito e sob as penas da lei, que estou impossibilitado (a) de
apresentar Carteira Profissional do Biomédico e Cédula de
Identidade Profissional [assinalar com um "X" o (s) documento(s) que foi
(ram) extraviado (s)] em virtude de extravio do (s) mencionado (s)
documento (s), desde logo comprometendo-me, na hipótese de
recuperação do (s) mesmo (s), a fazer a entrega a esse r. Conselho.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

São Paulo, ____ de _____ de 20__ .

Assinatura com firma reconhecida