



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 9ª REGIÃO MINAS GERAIS

**DECLARAÇÃO DE VERACIDADE  
DAS INFORMAÇÕES E AUTENCIDADE DOS  
DOCUMENTOS APRESENTADOS EM FORMATO  
FÍSICO E/OU DIGITAL**

Eu, \_\_\_\_\_ (NOME DO DECLARANTE – OBRIGATÓRIO PESSOA FÍSICA) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_ (NACIONALIDADE) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (ESTADO CIVIL) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (PROFISSÃO) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_ (DATA DE NASCIMENTO) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (DOCUMENTO DE IDENTIDADE n.º XXXXXX -  
ÓRGÃO EXPEDIDOR – UF) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (CPF N.º XXXXXXXXX) \_\_\_\_\_, residente e domiciliado  
em \_\_\_\_\_ (ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO) \_\_\_\_\_,

**DECLARO**, sob as penas da lei, que as informações e os documentos apresentados para  
fins de atender o disposto no art. 1º, III, alínea “b”, da Resolução CFN n. 734/2022, **são  
verdadeiros e autênticos.**

\_\_\_\_ (CIDADE) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ (DIA) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ (MÊS) \_\_\_\_\_ de 20XX.

\_\_\_\_ (NOME DO DECLARANTE) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ (Nº de registro no CRN) \_\_\_\_\_