



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) _____