**DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS PARA INSCRIÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e inscrito no CPF sob o nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_, declaro sob as penas da lei, que resido no endereço a seguir:

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_

 **ENDEREÇO PROFISSIONAL**

Declaro, sob as penas da lei, que desempenho minhas atividades profissionais no endereço a seguir:

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefones: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_

 **TIPAGEM SANGUÍNEA**

 Declaro que minha tipagem sanguínea é:

🞎 A+

🞎 A-

🞎 B+

🞎 B-

🞎 AB+

🞎 AB-

🞎 O+

🞎 O-

 **DOAÇÃO DE ÓRGÃOS**

Declaro que:

 🞎 Sim, sou doador de órgãos.

 🞎 Não, não sou doador de órgãos.

**ESTADO CIVIL**

Declaro que meu estado civil é:

🞎 Solteiro(a) 🞎 Casado(a) 🞎 União estável 🞎 Desquitado(a) 🞎 Separado(a) 🞎 Divorciado(a) 🞎 Viúvo(a) 🞎 Outros

Declaro estar ciente de todas as implicações legais que podem advir de falsa declaração ao poder público, isento este Órgão de qualquer responsabilidade pelo procedimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Cidade UF Data

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declarante