



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu \_\_\_\_\_ portador(a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, expedida pelo (a) \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, naturalidade \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, telefone fixo (DDD e nº) \_\_\_\_\_, celular (DDD e nº) \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_, na falta de documentos para comprovação de residência, DECLARO para fins de matrícula no Programa de Residência \_\_\_\_\_ na especialidade de \_\_\_\_\_ 20\_\_ do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), sob as penas da Lei, ser residente e domiciliado no endereço (Rua/Av./Trav.) \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_, Comp: \_\_\_\_\_, Cep: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura)

Av. Rui Barbosa, 716 – Flamengo - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 22250-020

Tel.: (0xx21) 2554-1700 – Fax.: (0xx21) 2553-8094

<http://www.iff.fiocruz.br>