SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA DA 5ª REGIÃO
Avenida Itaqui, 45 - Fone: (51) 3330-5659
CEP 90460-140 - PORTO ALEGRE - Rio Grande do Sul
www.crqv.org.br / crqv@crqv.org.br

AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE DOCUMENTOS POR TERCEIROS

Eu, _____

inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, portador(a) do RG nº _____

e-mail: _____ telefone: _____

AUTORIZO a retirada de documento(s) pelo(a) Sr(a). _____

portador(a) do RG nº _____ e de CPF nº _____

Documento(s) a ser(em) retirado(s): _____

Declaro, ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

> "Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante. Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Obs: As assinaturas podem ser feitas de forma manual, conforme documento ou assinatura com certificação digital.

_____ , _____ de _____de 20 _____

(local e data)

_____

Assinatura