

DECLARAÇÃO

(CUBANOS QUE INTEGRARAM O PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL)

(O Formulário deverá ser preenchido em Letra de Forma Legível)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:			
Filiação:	Pai:		
	Mãe:		
Data de nascimento:	/ /	CPF:	
Documento de Identidade / RNM:		Passaporte:	
Nacionalidade:		País:	

2. DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da legislação brasileira que **INTEGREI** o **PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**. Assim, com relação à minha Carteira de Registro Nacional Migratório (CRNM), expedida com base nessa condição, nos termos do Art. 18 da Lei nº 12.871, de 22/10/2013, declaro que:

- Estou devolvendo, neste ato, a minha CRNM para substituição;
- A minha CRNM anterior já foi devolvida à Polícia Federal em razão do encerramento havido desse programa no início do ano de 2019;
- A minha CRNM anterior foi extraviada;
- Outro: _____
_____.

Declaro ainda ter pleno conhecimento dos termos deste documento, que ora vai por mim assinado.

Maringá/PR, _____/_____/_____

Assinatura do Declarante