



**CONSELHO REGIONAL DE BIOLOGIA 9ª REGIÃO - SC  
AUTARQUIA FEDERAL**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

Pelo presente **TERMO DE RESPONSABILIDADE E DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS**, eu, \_\_\_\_\_, portadora(o) do RG nº \_\_\_\_\_, inscrita(o) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) na \_\_\_\_\_, venho, por meio deste, entregar as cópias dos documentos, com o objetivo de proceder a: (assinale abaixo seu pedido)

- solicitação de desconto pós graduando (Resolução nº 330/2013);
- solicitação de desconto doença grave e maiores de 65 anos (Resolução nº 152/2008);
- alteração e reativação de registro (Resolução nº 16/2003);
- solicitação de licença/prorrogação de licença (Resolução nº 16/2003);
- solicitação de cancelamento de registro (Resolução nº 16/2003);
- inscrição/cancelamento de pessoa jurídica/TRT (Resolução nº 570/2020);
- substituição/alteração de pessoa jurídica/TRT (Resolução nº 570/2020).

Assim, mediante este instrumento, declaro que tenho ciência dos documentos exigidos pela respectiva Resolução de minha solicitação, e que, caso os enviados não estejam em conformidade com os solicitados, o CRBio-09 não dará prosseguimento na solicitação.

Concordo em assumir toda responsabilidade pela autenticidade e veracidade dos documentos enviados, bem como devolver, fisicamente, a Carteira Profissional e a Cédula de Identidade do Biólogo, quando se tratar de licença/prorrogação e cancelamento de registro.

Este **Termo de Responsabilidade e Declaração de Autenticidade de Documentos** é expressão da verdade e por ele e pelos documentos juntados, respondo integralmente.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(local e data)

\_\_\_\_\_  
(assinatura)