



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ PAULO MARCELO MARTINS RODRIGUES (ESP/CE)

### MODELO DE DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, < \_\_\_\_\_>, portador (a) do RG nº <\_\_\_\_\_>, expedido em <\_\_\_\_\_>, pelo órgão expedidor< \_\_\_\_\_>, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº <\_\_\_\_\_>, DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, junto à Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues (ESP/CE), sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado(a) no endereço <\_\_\_\_\_>, do comprovante de (água, luz ou telefone) em anexo. Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar em sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, in verbis:

“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”.

<Cidade> \_\_\_\_\_ <UF>, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

---

NOME