



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO TOCANTINS
CAMPUS <<NOME DO CAMPUS>>

<<Ato legal de criação do IFTO e campus (se for o caso)>>

DECLARAÇÃO

Declaro que <<nome do requerente>>, <<nacionalidade>>, <<estado civil>>, residente e domiciliado a <<informar endereço completo>>, portador do CPF nº <<informar número>>, RG nº <<informar número e órgão expedidor>>, <<acrescente aqui a natureza da finalidade da declaração, conforme inciso VIII, IX, X e XIV, art. vigésimo da Instrução Normativa>>.

<<Município-UF, xx de xxxxxxxxxxxxxxxx de xxxx>>

Assinatura e carimbo do responsável da CORES

Obs: Declaração com validade de 30 (trinta) dias a contar da expedição.



INSTITUTO FEDERAL DE
EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
TOCANTINS

Avenida/rua,
Quadra/casa/conjunto/lote
Município - Tocantins
CEP: 00000-000
Telefone: (63) 0000-0000