

## DECLARAÇÃO

Eu, **NOME, IDENTIDADE, CPF, NACIONALIDADE, ENDEREÇO**, fonoaudiólogo (a) com registro no Conselho Regional de Fonoaudiologia **X** Região, sob o número **XXXX**, declaro a veracidade de todas as informações e documentos entregues ao Conselho Federal de Fonoaudiologia para fim de **(OBTENÇÃO OU RENOVAÇÃO)** do título de especialista em **(ESPECIALIDADE)**.

**Cidade, data**

---

**Nome, número de registro**