

D E C L A R A Ç Ã O
Para fins de obtenção do Alvará Sanitário

Eu, _____, RG: _____,
CPF _____ DECLARO a Fazenda Pública Municipal e a
seus Agentes Fiscalizadores que no endereço _____,
bairro _____ na atividade de _____
não possui reservatório de água potável no endereço acima identificado
Responsabilizo-me penal e civilmente pelas informações relatadas

Santa Cruz do Sul, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do DECLARANTE

Se : proprietário CPF N° _____

Se Contador: CRC n° _____

***Não necessita reconhecimento de firma.
Após assinatura, digitalizar em formato PDF.***