

## DECLARAÇÃO DE DESIMPEDIMENTO

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,  
CPF \_\_\_\_\_ declaro sob as penas da lei que não estou impedido  
(a) de exercer a administração da Associação Brasileira de Fisioterapia  
Dermatofuncional – ABRAFIDEF, por lei especial ou em virtude de condenação  
criminal.

Recife, de novembro de 2020.