**DECLARAÇÃO - AMAHR**

Eu, ..........................................................(nome completo, sem abreviações), ........ ......... (nacionalidade), residente na Rua/Av. .................................................................., número ......., bairro ......................................................., no município de .................................../ .... (UF), inscrito sob o número ............................................................... no Registro Geral (RG), e sob o número ......................................................................... no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), declaro ter ciência dos Estatutos Sociais e dos princípios sociais da Associação dos Amigos do Arquivo Histórico Regional (AMAHR), aos quais concordo e me comprometo a cumprir como associado.

Município/UF, data

Assinatura

Nome completo