**SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE PRODUTOS CONTROLADOS/1ºRM**

**DECLARAÇÃO DE SEGURANÇA DO ACERVO (DSA)**

EU, (NOME COMPLETO, sem abreviaturas conforme certidão de nascimento/casamento), (NACIONALIDADE), (NATURALIDADE), nascido(a) em (DATA DE NASCIMENTO), (PROFISSÃO), (ESTADO CIVIL), residente à (ENDEREÇO COMPLETO com complemento se houver, bairro, Cidade/UF) e CPF nº \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_-\_\_.

DECLARO, para fim de (escolher a opção desejada entre: CONCESSÃO, REVALIDAÇÃO de Certificado de Registro no Exército Brasileiro ou de APOSTILAMENTO), na categoria pessoa física (escolher o tipo Registro de pessoa física na categoria pleiteada - COLECIONADOR, ATIRADOR DESPORTIVO e/ou CAÇADOR), que meu acervo/PCE será sempre mantido em local seguro.

Local, dia de mês de ano.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME COMPLETO do requerente