**DEVOLUÇÃO DE ANILHA POR ÓBITO DO PÁSSARO – SISPASS**

Este documento não será aceito com alterações e/ou rasuras.

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador(a) do CPF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,RG:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente no endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Bairro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CEP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

venho por meio deste, junto à Secretaria de Meio Ambiente, Infraestrutura e Logística do Estado de São Paulo – SEMIL, **DEVOLVER A(S) ANILHA(S), ABAIXO DESCRITA(S), DEVIDO AO ÓBITO DO(S) PÁSSARO(S), E SOLICITAR A EXCLUSÃO DA(S) MESMA(S).**

**Anilhas que estavam em posse do criador (a) amador(a) falecido (a):**

Sr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

portador do CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Número completo (letras e números) da anilha** | **Espécie (nome científico)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**É NECESSÁRIO ENTREGAR A(S) ANILHA(S) NA DATA AGENDADA.**

Assumo toda a responsabilidade pelas informações prestadas, declarando estar ciente da legislação que regulamenta o assunto, em especial a Instrução Normativa IBAMA n° 10/2011, a Lei Federal nº 5197/1967 e suas alterações, a Lei Federal nº 9111/95, a Lei Federal nº 9605/98, o Decreto Federal nº 6514/08 e a Resolução SIMA nº 05/2021.

Afirmo estar ciente de que declaração falsa constitui crime previsto no Art. 299 do Código Penal.

Declaro ainda estar ciente da total isenção e responsabilidade da SEMIL referente à alteração solicitada.

Local: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

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

Assinatura do Requerente (**É necessário reconhecer firma em cartório**)