

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS  
E TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME TOXICOLÓGICO**

Eu, \_\_\_\_\_, CBPq, sob nº \_\_\_\_\_, CIS \_\_\_\_\_ inscrito(a) no CPF sob nº \_\_\_\_\_, portador (a) do RG nº \_\_\_\_\_, DECLARO para os devidos fins que exerço atividades profissionais de paraquedismo no âmbito do Clube/Escola \_\_\_\_\_, registrado junto à Confederação Brasileira de Paraquedismo – CBPQ.

**I – DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES. (marque o quadrado com um “X” e rubrique após)**

- ☐ Declaro, sob as penas da lei, que as atividades de paraquedismo que desempenho estão em conformidade com o Código Esportivo da Confederação Brasileira de Paraquedismo e demais normativas aplicáveis.
- ☐ Declaro, também, que as informações constantes das habilitações e quantidade de saltos são a expressão da verdade, prestadas por mim e com a consciência de que, em caso de constatação de não veracidade, serei responsabilizado por atos decorrentes.
- ☐ Comprometo-me a observar integralmente os protocolos de segurança e regulamentos vigentes, assumindo responsabilidade pessoal, civil e criminal em caso de descumprimento.

Habilitações	Habilitado Sim / Não	Saltos últimos 6 meses	Saltos últimos 12 meses
TBBF			
ASL			
AFF			
TANDEM			

- ☐ Declaro estar ciente de que, não cumprindo o estabelecido no Art. 153 do Código Esportivo da CBPQ, quanto a quantidade de 25 (vinte e cinco) saltos duplos no último ano, e/ou 25 saltos somados nas modalidades de instrução, ou esteja a 6 (seis) meses sem saltar em algum destes 2 casos, deverei obrigatoriamente me submeter a uma readaptação com um Instrutor Avaliador da modalidade.

**II – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA EXAME TOXICOLÓGICO (marque o quadrado com um “X” e rubrique após)**

- ☐ DECLARO, de forma livre, expressa e esclarecida, em conformidade com o Art. 83 e 162 do Código Esportivo, que, quando houver solicitação dos órgãos técnicos da CBPQ ou por pessoa expressamente autorizada, me submeterei aos exames de testagem anti-dopping, em atendimento às normas de segurança do esporte e da aviação civil.
- ☐ Declaro estar ciente de que o referido exame tem caráter obrigatório, sendo condição indispensável para o exercício das atividades esportivas e instrutivas no âmbito da Confederação e que, em caso de negative na aplicação do exame, minhas licenças serão imediatamente suspensas e que será instaurado procedimento administrativo competente.

**III – RESPONSABILIDADE E CIÊNCIA.**

Tenho pleno conhecimento de que:

- a) A omissão ou falsidade de informações poderá implicar em sanções administrativas, civis e criminais;
- b) O não cumprimento dos requisitos estabelecidos pela CBPq poderá resultar em suspensão ou cancelamento de minha habilitação;
- c) A presente declaração possui efeitos legais e poderá ser utilizada como prova documental.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Assinatura do Declarante: \_\_\_\_\_

Confederação Brasileira de Paraquedismo – CBPq

Comitê de Segurança e Fiscalização – CIS