

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO

Ao Conselho Regional de Psicologia da 19ª Região/SE
Rua Osvanda Oliveira Vieira, Nº 128 – Pereira Lobo - Aracaju – SE CEP 49050-550

Nº do Registro

--

Nome Completo

Ocupação Atual

Documentos Fornecidos

- Carteira de Identidade Profissional
 Boletim de ocorrência alegando o roubo ou extravio da Carteira de Identidade Profissional
 Comprovante de pagamento proporcional a anuidade (se for o caso)

OBSERVAÇÕES: _____

O (a) Psicólogo (a) acima requer a este Conselho Regional de Psicologia da 19ª Região, o cancelamento de registro por motivo de _____

Declaro ter conhecimento de que enquanto estiver vigorando o cancelamento, ficará impedido (a) de exercer a profissão, de acordo com a legislação federal vigente (seja em consultório, instituições, clínicas, escolas, empresas ou órgãos públicos, inclusive se o enquadramento funcional não for de psicólogo, mas exercer as atividades deste). Caso contrário, caracteriza-se exercício ilegal da profissão, podendo o CRP/SE acionar os mecanismos de fiscalização.

O PEDIDO DE CANCELAMENTO SERÁ ACOMPANHADO DA CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL OU BOLETIM DE OCORRÊNCIA, NOS CASOS DE FURTO, ROUBO OU EXTRAVIO.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Psicólogo (a)

CAMPO RESERVADO AO CRP19/SE

Recebi os documentos assinalados acima.

Data: ____/____/____ Responsável: _____