



Conselho Regional de Serviço Social 19ª Região – Goiás

Nome: _____ CRESS Nº _____

Nacionalidade: _____ Natural de: _____ UF _____

RG Nº: _____ Órgão Emissor _____ UF _____ Expedição : _____ / _____ / _____

CPF Nº: _____ Título Eleitoral Nº: _____ Zona: _____ Seção _____

Residente a : _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Telefones Residenciais: () _____ Telefone Celular: () _____

E-mail: _____ . MODALIDADE DE ENSINO () PRESENCIAL () EAD

Telefones de três parentes ou amigos para contato:

Nome: _____ Telefone: () _____

Nome: _____ Telefone: () _____

Nome: _____ Telefone: () _____

Vem requerer a (ao) Presidente deste CRESS GO de acordo com as normas legais em vigor:

Cancelamento de Inscrição

Interrupção do Exercício Profissional

JUSTIFICATIVA:

.....

.....

.....

.....

Conforme Resolução 711/2015 do CFESS que:

Altera a Resolução CFESS N.582/ 2010 nos termos do artigo 49, PARA REGULAMENTAR A INUTILIZAÇÃO PELOS CRESS DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, QUANDO TORNADO SEM VALIDADE.

Nestes termos pede deferimento.

Goiânia - GO, ____/____/____ .

Assinatura da (o) Assistente Social requerente

Senhor (a) Presidente, a **Comissão de Inscrição** é _____ ao deferimento.

_____ Data ____/____/____.

Comissão de Inscrição

Homologada na Reunião de _____, realizada no dia ____/____/____.

Conforme Resolução CRESS GO N^o _____ em ____/____/____.

Goiânia, ____/____/____.

 Conselheira 1^a Secretária

 Conselheira Presidente

Anotações Reservadas ao Setor Financeiro: _____

 Assinatura e carimbo do/a funcionário/a

Data ____/____/____.

Eu Assistente Social inscrita (o) no CRESS GO sob o N^o. _____ declaro ter recebido:

() Cédula de Identidade Profissional em ____/____/____.

 Assinatura da (o) Assistente Social

() Carteira de Identidade Profissional em ____/____/____.

 Assinatura da (o) Assistente Social