

**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 20ª REGIÃO****REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO**

Nº REGISTRO

NOME COMPLETO:

**DOCUMENTOS FORNECIDOS:**

- ( ) Carteira de Identidade Profissional original  
( ) Boletim de ocorrência (em caso de não apresentação da CIP original) ou  
( ) Carta de próprio punho

O (a) Psicólogo (a) acima requer a este Conselho Regional de Psicologia 20ª Região, o CANCELAMENTO DE REGISTRO por motivo de:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Declarando estar ciente de que não poderá voltar a exercer a profissão de psicólogo sem que faça reativação de seu registro no seu conselho de classe, e que o não atendimento deste dispositivo caracterizará o exercício ilegal da profissão.

Anuidades em aberto: \_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

**CAMPO RESERVADO AO CRP 20**

Recebi os documentos assinalados acima:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsável (com carimbo)

**Análise da Fiscalização:**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Responsável (com carimbo)

**Homologação do Pedido**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Plenária: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Presidente – CRP 20