

**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