

**REQUERIMENTO PADRÃO
CANCELAMENTO DE REGISTRO**

TODOS OS CAMPOS, DEVEM SER PREENCHIDOS EM LETRA DE FORMA
Ilmo.(a) Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 5ª Região - Bahia

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____
TEL: _____ Celular: _____ E-mail: _____

Venho requerer à Diretoria deste Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 5ª Região:

- () Cancelamento do Registro de Pessoa Física, não exercício ou aposentadoria.
() Interrupção do exercício profissional temporária, nos seguintes casos:
a). Viagem ao exterior, com permanência superior a 06 meses.
b). Doença devidamente comprovada que impeça o exercício da profissão por prazo superior a 06 meses.
c) Enquanto perdurar pena de privação de liberdade ou de aplicação de medida de segurança por força de sentença definitiva.

Declaração de Cancelamento

Eu, _____
Assistente Social CRESS nº _____/5ª, declaro o não exercício de qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício profissional do assistente social, conforme os arts. 4º e 5º da Lei 8.662/93, necessitando por isso, cancelamento do registro profissional.

Estou ciente da minha situação financeira:

() não possuo débito. () possuo débito referente as anuidades de: _____

Estou ciente que os débitos anteriores devidos até a data do pedido de cancelamento de inscrição, serão cobrados pelas cias administrativas ou judiciais.

Estou ciente que enquanto permanecer com a inscrição cancelada, não poderei exercer qualquer atividade função ou cargo que envolva o exercício profissional do assistente social e a qualquer tempo, posso requerer a Reinscrição do meu registro, sujeitando-me às disposições legais e normativas e vigor, sendo atribuído, neste caso, o mesmo número do registro anterior.

Possui outra atividade? () Sim, Onde? _____ () Não
Função: _____ Atividade que desenvolve, especificar! _____

LEIA ATENTAMENTE AS ORIENTAÇÕES:

De acordo com a Resolução CFESS Nº 707/2015 - Para requerer o cancelamento, de que trata o artigo anterior, o interessado deverá anexar ao requerimento padrão seu Documento de Identidade Profissional, sendo admitido para tal fim, a apresentação de qualquer documento subscrito pelo interessado, que expresse inequívoca manifestação de vontade, em realção ao cancelamento de sua inscrição perante o CRESS.

Parágrafo Segundo: Em caso de eventual extravio do(s) Documento(s) de Identidade Profissional, o assistente social deverá juntar ao requerimento declaração sobre o fato, sob as penas da Lei.

Parágrafo Quarto: Os Documentos de Identidade Profissional serão inutilizados e devolvidos ao profissional, vedada a retenção.

Afirmo que as informações acima, declaradas por mim, são verdadeiras, assumindo a inteira responsabilidade Cível e Criminal, sob o teor das mesmas.

_____/_____/_____/_____
Local e Data Assinatura da(o) Requerente

CAMPOS PREENCHIDOS PELO CRESS-BA

- () Carteira de Identidade Profissional, inutilizada conforme **Resolução CFESS Nº 707/2015** devolvida ao A.S;
() Cédula de Identidade Profissional, inutilizada conforme **Resolução CFESS Nº 707/2015** devolvida ao A.S;
() Cancelamento via correspondência () CIP arquivada () Cédula Arquivada () DIP Arquivado;
() Documento de Identidade Profissional – DIP, inutilizado conforme **Resolução CFESS Nº 707/2015** devolvida ao A.S.
() Não recebeu DIP () Estorno DIP () DIP em confecção. Outros; _____