

Preencher em LETRA DE FORMA, todos os campos.

Ilmo. (a) Sr. (a) Presidente do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 5ª Região – Bahia.

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade _____ UF _____
TEL: _____ Celular: _____ Email: _____

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 6 meses;
 - b. Doença devidamente comprovada que impeça o exercício da profissão por prazo superior a 6 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 n.º _____ /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 anuidade de : _____

Estou ciente que os débitos anteriores devidos, até a data do pedido de cancelamento da inscrição, serão cobrados pelas vias 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 () Não Onde? _____

Função: _____ Atividades que _____
desenvolve especificar? _____

() Tive a Carteira e Cédula de Identidade Profissional e/ou () DIP extraviada/o.

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

- () Carteira de Identidade Profissional, inutilizada conforme Resolução CFESS, devolvida ao A.S.
- () Cédula de identidade profissional, inutilizada conforme Resolução do CFESS, devolvida ao A.S.
- () Cancelamento via correspondência () CIP arquivada () Cédula arquivada () DIP arquivado
- () Documento de Identidade Profissional – DIP, inutilizado conforme Resolução CFESS, devolvida ao A.S.