

FORMULÁRIO ÚNICO DE REQUERIMENTO PESSOA FÍSICA

REQUERIMENTO:	N.º - CRP-10:
<input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO PRIMÁRIA <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO	

1. DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Nome (cont.): _____ Data de nascimento: _____

Sexo: F M Raça / etnia: Branca Negra Amarela Indígena Parda Estado civil: Solteira(o) Casada(o) Viúva(o)
 Divorciada(o) Separada(o)

Nome da mãe (abreviar se for o caso): _____

Nome do pai (abreviar se for o caso): _____

Naturalidade (em caso de estrangeiro, informar também o nome do país): _____ UF: _____

RG: _____ Data de expedição: _____ Órgão: _____ UF: _____

CPF: _____ Título de eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

Endereço completo para correspondência (logradouro, número e, caso necessário, complemento): _____

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____

DDD: _____ Telefone fixo: _____ Telefone celular 1: _____ Telefone celular 2: _____

E-mail: _____

2. FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA:

Nome da instituição de ensino superior (utilizar sigla ou nome fantasia caso necessário): _____

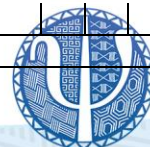
Município: _____ UF: _____ Data da colação de grau: _____

Nome da instituição de ensino: Privada Municipal Estadual Federal Filantrópica Outra

DOCUMENTO DE INSCRIÇÃO

NÃO PREENCHA EM CASO DE CANCELAMENTO OU REATIVAÇÃO

<input type="checkbox"/> Certidão de colação	Apresentar o diploma até: _____	DATA A SER PREENCHIDA PELO CRP-10
<input type="checkbox"/> Diploma de graduação	Data do diploma: _____ Folha: _____	Número de registro: _____ Livro: _____ Órgão (utilizar sigla se for o caso): _____



3. REQUERIMENTO:

Venho, pelo presente documento, requerer o seguinte neste CRP-10, conforme as normativas e a legislação vigentes:

FAVOR MARCAR E PREENCHER AS DECLARAÇÕES CORRESPONDENTES AO SEU REQUERIMENTO

Inscrição Primária

Comprometo-me a substituir a certidão de colação de grau pelo diploma de psicóloga(o) no prazo de 2 (dois) anos, contados a partir da data de inscrição. Estou ciente de que, caso a substituição não ocorra no prazo estipulado, minha inscrição será cancelada, nos termos do Art. 8º da Resolução CFP N.º 003/2007.

FAVOR PREENCHER ESTA DECLARAÇÃO SOMENTE SE TIVER APRESENTADO CERTIDÃO DE COLAÇÃO DE GRAU NO ATO DE INSCRIÇÃO

Inscrição Secundária (Número no CRP de Origem: ____/____)

Comunico que possuo inscrição em outro CRP, mas que exercerei as atividades privativas da profissão de psicóloga(o) também na jurisdição deste CRP-10 por tempo superior a 90 (noventa) dias, conforme os Arts. 9º e 10º da Resolução CFP N.º 003/2007.

Transferência (Número no CRP de Origem: ____/____)

Comunico que desejo transferir minha inscrição para este CRP-10 a fim de exercer a profissão de psicóloga(o) na jurisdição deste, nos termos dos Arts. 21º, 22º e 23º da Resolução CFP N.º 003/2007.

Cancelamento

Declaro que, uma vez deferido o pedido de cancelamento nos termos dos Arts. 11º e 12º da Resolução CFP N.º 003/2007, não exercerei a profissão de psicóloga(o) pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Reativação

Declaro que não exerci a profissão de psicóloga(o) desde o cancelamento de minha inscrição até o presente momento.

Por ser expressão da verdade e assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo o deferimento.

_____, ____ de _____ de _____
(Cidade) (Data)

Assinatura da(o) Psicóloga(o)
(reconhecida)

4. DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

- Diploma de graduação
- Certidão de colação de grau
- Declaração de veracidade
- RG
- CPF
- Título de eleitor
- Comprovante de quitação eleitoral

- Comprovante de residência
- Indicação de local de trabalho
- Documento do Serviço Militar (apenas para sexo masculino)
- Certidão de casamento
- Boletim de ocorrência
- Certidão de óbito

- CIP (original)
- CIP (cópia)
- Certidão negativa



5. A SER PREENCHIDO PELO CRP-10:

Documentos e formulários conferidos. Data: ___/___/___ _____ Atendimento (carimbo)	Documentação em ordem. Data: ___/___/___ _____ Fiscal (carimbo)	Parecer favorável ao deferimento. Data: ___/___/___ _____ COF (carimbo)
Deferido em ___/___/___ na Seção Plenária N.º _____ . _____ Conselheira(o) (carimbo)	NÃO PREENCHER EM CASO DE CANCELAMENTO Declara a (o) profissional que recebeu a Carteira de Identidade Profissional (CIP) em ___/___/___: _____ Assinatura da(o) Psicóloga(o) NÃO PREENCHER EM CASO DE CANCELAMENTO	
OBSERVAÇÕES		

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 10ª REGIÃO - PARÁ/AMAPÁ
PROTOCOLO DE REQUERIMENTO – PESSOA FÍSICA

NOME DA(O) REQUERENTE:

TIPO DE REQUERIMENTO (PRAZO ENTRE PARÊNTESES):

- INSCRIÇÃO PRIMÁRIA (ATÉ 45 DIAS) CANCELAMENTO (ATÉ 45 DIAS)
 INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA (ATÉ 45 DIAS) REATIVAÇÃO (ATÉ 45 DIAS)
 TRANSFERÊNCIA (ATÉ 45 DIAS)

ATENÇÃO: O PRAZO SÓ SE INICIA QUANDO TODOS OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS TIVEREM SIDO PROTOCOLIZADOS.

Documentos e formulários conferidos e recebidos.

DATA DO REQUERIMENTO: ___/___/___

Funcionário(a) do CRP-10

(carimbo)