



**DECLARAÇÃO PARA CANCELAMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_  
*Nome*

\_\_\_\_\_, CRESS N \_\_\_\_\_  
*Nacionalidade* , *Estado Civil* *número registro no CRESS*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ resido na  
*Profissão* *Número do RG.* *U.F.*

\_\_\_\_\_  
*Endereço Completo (rua, número, bairro, cidade, estado)*

**declaro** ao Conselho Regional de Serviço Social, para os fins que se fizerem necessários e especialmente para efeito de **Cancelamento da minha Inscrição**, não estar exercendo a profissão de Assistente Social bem como, estar ciente de que tão logo volte a exercê-la deverei providenciar minha Reinscrição.

E por ser verdade, firmo a presente, sob as penas da Lei.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
*Cidade* *dia* *mês* *ano*

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente