**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO**

|  |
| --- |
| **Nome Completo:**    **Sexo: Estado Civil: Nº CRESS: Endereço:     Número:  Bloco: Apartamento:**  **CEP(Obrigatório): Bairro: Cidade: UF:**  **Celular: ( )**  **Tel. Residencial: ( ) Tel. Recado: ( )  E-mail:** |
| **Instituição onde trabalha: Cargo: Área de atuação:    Natureza:  Endereço:  Bloco: Apartamento: Nº:**  **Bairro: Cidade: UF:  CEP:   Fone: Ramal:**  **E-mail:**  **OBS:** CASO NÃO ESTEJA TRABALHANDO, DEIXE EM BRANCO. |
| **Venho requerer:** (**X**)CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO |
| **Justificativa:** |
| **Nestes termos, peço deferimento, ciente das responsabilidades, direitos e deveres decorrentes, inclusive com os ônus financeiros devidos.**  **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 qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício da 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***  *Cidade dia mês ano*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***ASSINATURA** |