**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** |