



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
 CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 7ª Região
 Av. Protásio Alves, 2854 - Sala 301 - CEP 90410-006 – Porto Alegre/RS
 Fone (51) 3334-6799 Site: www.crprs.org.br - E-mail: crprs@crprs.org.br

FOTO 3X3

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

CRP nº
07/

Nome Completo:

Nacionalidade:	Naturalidade/UF (Cidade/UF):	Data de Nascimento: _____ / _____ / _____	
RG/Identidade:	Órgão Expedidor/UF:	Data de Expedição: _____ / _____ / _____	CPF nº: _____
Título Eleitoral nº:	Zona:	Seção:	Certif. Disp./Reservista Militar nº: _____ Reg. Alistamento nº: _____

Filiação:
 Pai: _____
 Mãe: _____

Raça/Cor: Branca Negra Parda Amarela (oriental) Indígena
 É portador de deficiência? Sim Não
 Se sim, qual? Auditiva Física Visual Mental

Instituição de Ensino Superior: _____ Campus: _____ UF: _____

Data da Colação de Grau: _____ Registro do Diploma Nº: _____
 Folha: _____ Livro: _____ Data: _____ / _____ / _____

Estado Civil: _____ Sexo: Masculino Feminino
 Identidade de Gênero: Homem Mulher Homem Trans Mulher Trans Travesti Outra _____

Endereço Residencial: _____ Nº / Apto Nº: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____ Telefone Residencial: _____
 () () () () () ()
 Divulgar este dado na web? Sim Não

Telefone Comercial: _____ Divulgar este dado na web? Sim Não
 () () () () () ()
 Telefone Celular: _____ Divulgar este dado na web? Sim Não
 () () () () () ()

Telefone para recados: _____ E-mail: _____ Divulgar este dado na web? Sim Não
 () () () () () ()

Deseja receber o "CRPRS Informa", newsletter semanal enviada (por e-mail) com as notícias do site, e demais newsletters de divulgação de atividades do CRPRS? Sim, desejo receber. Não desejo receber newsletters.

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul:
 O(a) Psicólogo(a) acima caracterizado(a), que a seguir assina, afirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da legislação em vigor. Declara, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não exerceu a profissão até esta data sem o devido registro (§1º do Art. 13 da Lei 4.119/62 e Dec. 53.464/64).

Tipo de Inscrição requerida: PRINCIPAL REINSCRIÇÃO SECUNDÁRIA - Nº do CRP de origem: _____ / _____
 TRANSFERÊNCIA - Nº do CRP de origem: _____ / _____

Nestes termos, pede deferimento.
 _____, _____ / _____ / _____
 Assinatura da(o) Requerente

PREENCHIMENTO PELO CRP

Documentos conferidos na Subsede. Colação de grau confirmada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____, _____ / _____ / _____ Funcionária(o) da Subsede	PARECER FAVORÁVEL AO DEFERIMENTO NA PLENÁRIA NÚMERO _____ REALIZADA EM _____ / _____ / _____, SOB O NÚMERO DE PROCESSO _____. _____ Coordenador(a)/Conselheira(o)	Documentos conferidos na Sede. Colação de grau confirmada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____, _____ / _____ / _____ Func.do Setor de Cadastro
--	---	---