



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 E-mail: _____

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

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____ Telefone Residencial: _____ Telefone Comercial: _____
 () ()

Telefone Celular: _____ Telefone para recados: _____
 () ()

Como/onde deseja receber sua Cédula de Identidade Profissional?
 Correios Sede Subsede _____
 Obs: envio pelos correios somente para cidades onde não há sede/subsede.

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 SECUNDÁRIA - Nº do CRP de origem: _____/_____
 REINSCRIÇÃO 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