



Conselho Regional de Serviço Social CRESS 2.ª Região/MA

Foto 3 X 4

REQUERIMENTO

Senhora Presidente, o abaixo identificado vem requerer:

<input type="checkbox"/> Registro – Inscrição Principal	<input type="checkbox"/> Registro – Apostilamento de Nome	<input type="checkbox"/> Transferência CRESS ____ para o CRESS MARANHÃO
<input type="checkbox"/> Registro – Inscrição Secundária	<input type="checkbox"/> Interrupção do Exercício Profissional	<input type="checkbox"/> Transferência CRESS MARANHÃO p/ o CRESS ____
<input type="checkbox"/> Registro – Cancelamento	<input type="checkbox"/> 2ª via de Carteira de Identidade Profissional	
<input type="checkbox"/> Registro – Reinscrição	<input type="checkbox"/> 2ª via de Cédula de Identidade Profissional	
<input type="checkbox"/> Registro – Entrega de Diploma	<input type="checkbox"/> Emissão de Certidão/Declaração Regularidade	<input type="checkbox"/> Outros _____
<input type="checkbox"/> Registro – Inscrição Pessoa Jurídica		

DADOS PESSOAIS

Nome Completo:			
Registro nº:	Tipo Sanguíneo:	Sexo: () Masculino () Feminino	
Nome do Pai:		Nome da Mãe:	
Carteira de Identidade:	Data Emissão:	Órgão Expedidor:	UF:
Data Nascimento:	Naturalidade:	UF:	Nacionalidade:
<input type="checkbox"/> Nascido no Exterior	Tipo de Visto:	Data de Vencimento do Visto:	
CPF:	Título Eleitor:	Zona:	Seção:
Certif. Reservista:	Categoria:	Estado Civil:	

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço Completo:		Complemento:	Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:		Fax:	Caixa Postal:
Celular:		E-mail:	

LOCAL DE TRABALHO

Local de Trabalho:			
Endereço Completo:		Complemento:	Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:		Fax:	Caixa Postal:
Celular:		E-mail:	
CNPJ:	Cargo:	Vinculo:	

ÁREA DE ATUAÇÃO

<input type="checkbox"/> Assistência Social	<input type="checkbox"/> Jurídica	<input type="checkbox"/> Saúde	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Outras – Especifique: _____
---	-----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------------	--

ESCOLARIDADE

Nome da Instituição:	Nº Reg.:	Livro:	Folhas:
Modalidade de Ensino: () Presencial () EAD	Data Colação de Grau:		Órgão:
Título: () Bacharel em Serviço Social			
Instituições EAD – Endereço:	Nome:		

FORMA DE ATUAÇÃO

<input type="checkbox"/> Funcionário Setor Privado	<input type="checkbox"/> Servidor Público Federal	<input type="checkbox"/> Servidor Público Municipal	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Servidor Público Estadual	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Contrato Prestação de Serviços: _____

QUAL OU QUAIS OS MOTIVOS DO SEU REQUERIMENTO:

Declaro para os devidos fins, que não possuo inscrição principal em outro Conselho Regional de Serviço Social – CRESS, que li e conferi os dados e que as informações estão corretas. Estou ciente das consequências que poderão advir por qualquer declaração falsa por mim prestada no presente documento, na forma do artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura