



**Ilmo(a) Sr.(a)Presidente do Conselho Regional de Serviço Social –CRESS 25ª
Região -TO**

Registro no Conselho: _____ Região: _____

Categoria : Assistente Social

Nome: _____

Endereço: _____

_____ Setor/Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ Cep: _____

Fone Residencial: _____ Celular: _____

e-mail: _____

Nome e telefone de 03 parentes ou amigos:

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

Nome: _____ Fone: _____

Venho solicitar o cancelamento do meu registro profissional, por não estar no momento exercendo a profissão e não ter condições de continuar contribuindo com a anuidade deste conselho.

Certo de vossa compreensão.

() Desempregado

() Aposentadoria

() Trabalho como _____ na empresa

_____ Situada à _____

_____ Fone: _____

Justificativa: _____

Nestes termos

Pede deferimento.

Palmas - TO, ____/____/____

Assistente Social

Sr. (a) Presidente,
Comissão de Inscrição é _____ ao deferimento.

_____/_____/____

Homologada na Reunião da Diretoria, realizada no dia ____/____/____, Conforme
Resolução nº _____ de ____/____/____

1ª(o) Secretária (o) do CRESS

Presidente do CRESS

Anotações Reservadas à Secretaria do CRESS: _____

Assinatura

_____/_____/____
Data

Anotações Reservadas à Tesouraria do CRESS: _____

Assinatura

_____/_____/____
Data

Recebi:

() Cédula de identidade Profissional em ____/____/____. _____
Assinatura

() Carteira de Identidade Profissional em ____/____/____. _____
Assinatura

Recebi ()

Enviado ()

Boleto (s) Bancário (s) para pagamento da(s) anuidade(s) do(s) exercício(s)
de _____

() Parcela única no valor de R\$: _____ com vencimento para ____/____/____,
em ____/____/____.

Assinatura

() Parcelado em _____ vezes de R\$ _____ com vencimentos de ____/____/____ a
____/____/____, em ____/____/____.

Assinatura