

Preencher em LETRA DE FORMA, todos os campos.

Ilmo. (a) Sr. (a) Presidente do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 5ª Região – Bahia.

Nome: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Cidade _____ UF _____
TEL: _____ Celular: _____ Email: _____

Venho requerer à Diretoria deste Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 5ª Região:

- Cancelamento do Registro de Pessoa física, não exercício ou aposentadoria.
- Interrupção do exercício profissional temporária, nos seguintes casos:
- a. Viagem ao exterior, com permanência superior a 6 meses;
 - b. Doença devidamente comprovada que impeça o exercício da profissão por prazo superior a 6 meses;
 - c. Enquanto perdurar pena de privação de liberdade ou de aplicação de medida de segurança por força de sentença definitiva.

Declaração de Cancelamento

Eu, _____
Assistente Social CRESS n.º _____ /5ª, declaro o não exercício de qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício profissional do assistente social, conforme os arts. 4º e 5º da Lei 8.662/93, necessitando por isso, cancelamento do registro profissional.

Estou ciente da minha situação financeira:

não possuo débito. possuo débito referente as anuidade de : _____

Estou ciente que os débitos anteriores devidos, até a data do pedido de cancelamento da inscrição, serão cobrados pelas vias administrativas ou judiciais.

Estou ciente que enquanto permanecer com a inscrição cancelada, não poderei exercer qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício profissional do assistente social e a qualquer tempo, posso requerer a Reinscrição do meu registro sujeitando-me às disposições legais e normativas e vigor, sendo atribuído, neste caso, o mesmo número do registro anterior.

Possui outra atividade? Sim Não Onde? _____

Função: _____ Atividades que desenvolve especificar? _____

Tive a Carteira e Cédula de Identidade Profissional e/ou DIP extraviado (s)

Afirmo que as informações acima, declaradas por mim, são verdadeiras, assumindo a inteira responsabilidade Cível e Criminal, sob o teor das mesmas.

_____/_____/_____.
Local e Data

Assinatura da (o) Requerente

(ÁREA DE USO EXCLUSIVO DO CRESS-5)

- Carteira de Identidade Profissional, inutilizada conforme Resolução CFESS, devolvida ao A.S.
 Cédula de identidade profissional, inutilizada conforme Resolução do CFESS, devolvida ao A.S.
 Cancelamento via correspondência CIP arquivada Cédula arquivada DIP arquivado
 Documento de Identidade Profissional – DIP, inutilizado conforme Resolução CFESS, devolvida ao A.S.