

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO

Rua Professor Bayer Filho, nº 110 – Coqueiros – 88080-300 – Florianópolis/SC
 Site: www.crpssc.org.br

MODELO "A"
RECEM FORMADOS
<input type="checkbox"/> Presencial
<input type="checkbox"/> Correspondência

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social (*Direito assegurado às pessoas transexuais e travestis à escolha do tratamento nominal): _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Possui alguma deficiência? () Não () Sim Qual? _____

Estado Civil: _____

e-mail(s): _____

Informamos que os e-mails são automaticamente incluídos no mail list do CRP-12.

Endereço para correspondência: Residencial () / Trabalho () / Outro ()
 Endereço (Rua, Av., etc.) _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Município: _____ UF _____

Telefones para contato:
 Residencial: _____ Celular 1 (Whatsapp): _____ Celular 2: _____
 Trabalho: _____ Recados: _____ Nome contato recados: _____

Autorizo a divulgação telefone: () Trabalho e/ou () Celular

- 1) Documento da graduação de Psicóloga(o) apresentado na Inscrição: ___ Certidão ___ Diploma
- 2) Possui/possuiu inscrição em algum Conselho Regional de Psicologia do País? () SIM () NÃO
- 3) Participou como beneficiário de programas de acesso a Instituições de Ensino Superior (ProUni ou demais programas correlatos públicos em níveis Federal/Estadual/Municipal)? () SIM () NÃO Qual? _____
- 4) Possui cadastro e perfil no CadÚnico? () SIM () NÃO

REQUERIMENTO

O(a) Psicólogo(a) acima caracterizado(a), que a seguir assina, confirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da LEGISLAÇÃO DO CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA EM VIGOR e da RESOLUÇÃO Nº CRP-12/002-2008, que trata da inscrição por correspondência.

Declara estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não está exercendo a profissão sem a devida inscrição no Sistema Conselhos de Psicologia (Lei 4119/62 e Dec.53.464/64).
 Nestes termos, pede deferimento.

Em ____/____/_____
 _____ Assinatura

A SER PREENCHIDO PELO CRP-12

Documentos e formulários conferidos no ato. _____ Secretaria	Parecer favorável ao deferimento. _____ Conselheira (o)	() Pagamentos em ordem. () Isento(s) de anuidades. _____ Secretaria / Financeiro
--	---	---

Data da reunião: ____/____/_____ () Plenária Ordinária. () Plenária Extraordinária. () Diretoria "Ad referendum". _____ Conselheira (o)	ANOTAÇÕES GERAIS:

*Conforme resolução CFP 010/2018 e decreto lei nº 8.727, de 28 de abril de 2016.