

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**

**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO**

Rua Professor Bayer Filho, nº 110 – Coqueiros – 88080-33 – Florianópolis/SC  
 Site: [www.crp-sc.org.br](http://www.crp-sc.org.br)

<b>MODELO "B"</b>
<b>FORMADOS há mais de um ano</b>
<input type="checkbox"/> <b>Presencial</b> <input type="checkbox"/> <b>Correspondência</b>

**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

<b>REQUERIMENTO</b>		
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 ____/____/_____ <div style="text-align: right;">_____ Assinatura</div>		
<b>A SER PREENCHIDO PELO CRP-12</b>		
Documentos e formulários conferidos no ato.  _____ Secretaria	Parecer favorável ao deferimento.  _____ Conselheira (o)	<input type="checkbox"/> Pagamentos em ordem. <input type="checkbox"/> Isento(s) de anuidades.  _____ Secretaria / Financeiro
Data da reunião: ____/____/_____. <input type="checkbox"/> Plenária Ordinária. <input type="checkbox"/> Plenária Extraordinária. <input type="checkbox"/> Diretoria "Ad referendum".  _____ Conselheira (o)		ANOTAÇÕES GERAIS: _____ _____ _____

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