



REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

[] Baixa de Registro

[] Cancelamento de Registro

Preencher com letra de forma legível e sem rasuras

Nome Completo:			
Número do Registro:	Estado Civil:	CPF:	
Endereço Residencial:			Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Endereço Comercial:			Nº
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Nome da Empresa:			
Endereço Eletrônico:		Fone:	

A pessoa física acima identificada, requer à (o) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 18ª Região/PA-AP, a baixa e/ou cancelamento de registro profissional, junto ao CREF18/PA-AP, tendo em vista declarar que não continuará exercendo atividades laborais próprias do Profissional de Educação Física, anexando os seguintes documentos:

Devolução da Cédula de identidade profissional; Boletim de ocorrência (apenas para os casos de perda, furto ou roubo da CIP);

Motivo: _____

(*) anexar documentação comprobatória do (s) motivo (s) que originou (aram) o pedido, conforme Local e data:

Declaro, igualmente, sob as penas da Lei, que estou plenamente ciente de que, no período em que meu registro junto ao CREF18/PA-AP estiver baixado não poderei exercer qualquer atividade própria do profissional de Educação Física, por configurar exercício ilegal da profissão, previsto no art. 47 da Lei das Contravenções Penais, estando também ciente das sanções da responsabilidade civil e criminal nos termos do art. 935 do Código Civil e no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro estar ciente de que, cessado o motivo que impedia o exercício profissional, deverei solicitar ao CREF18/PA-AP a reativação de meu registro profissional, mediante comunicação por escrito e pagamento de anuidade proporcional.

Consta Anuidade em aberto: () Sim () Não Quais: _____

_____, ____ de _____ de _____

Recebido em: ____/____/____

Ass. do (a) profissional

Funcionário