



Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Eu, _____,
Psicólogo (a) inscrito (a) neste Conselho sob o registro nº _____
domiciliado(a) na Rua _____
Município _____ UF _____ CEP _____
Tels _____ / _____
e-mail: _____ venho requerer o
cancelamento de minha inscrição, de acordo com os termos constantes na Resolução CFP nº
03/2007, que dispõe sobre a Consolidação das Resoluções do CFP, uma vez que não exerço a
profissão de psicólogo (a).

Estou ciente de que, caso queira voltar a exercer a profissão de psicólogo, deverei
solicitar a reativação do meu registro, pagando a taxa que lhe é correspondente.

Estou ciente também, que o cancelamento do registro profissional não quita débitos
anteriores com este Conselho, a anuidade do ano em curso será cobrada proporcionalmente
tendo como base o mês anterior a esta solicitação e que o deferimento ocorrerá somente
mediante a devolução da Carteira de Identidade Profissional ou Declaração de extravio/roubo.

Nestes termos,
Pede deferimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Psicólogo (a)

Assinatura do(a) atendente