



Conselho Regional de Psicologia - RJ

SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DA CIP

Eu, _____
Psicólogo(a) inscrito(a) neste Conselho sob o registro nº _____ domiciliado(a)
na Rua _____ Bairro _____
Município _____ UF _____ CEP _____
Tels _____ / _____
e-mail: _____, venho solicitar a
2ª Via de Carteira de Identidade Profissional, por motivo de
_____.

Carteira de Psicólogo devolvida nesta data?

- () Sim;
() Não possuo mais;
() Não, mas terei que devolve-la na retirada da nova carteira.

Ao solicitar nesta data a segunda via da minha Carteira de Identidade Profissional, declaro estar ciente de que terei o prazo de noventa dias, a contar da expedição da mesma, para retirá-la. Caso isso não ocorra, estarei sujeito ao pagamento de taxa respectiva para emissão de nova carteira.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) Psicólogo (a)