

Ao
Conselho Regional de Psicologia - CRP-RJ

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA COM REATIVAÇÃO

Solicito a transferência com reativação do registro profissional para este conselho, com registro sob Nº. CRP-____/_____ no CRP de origem, assumindo responsabilidade pela veracidade das informações abaixo e assumo o compromisso de estar completamente ciente e sabedor (a) das normas que regem a profissão do psicólogo, do Código de Ética Profissional e não ter exercido a profissão nesta jurisdição no período em que a inscrição foi cancelada até a presente data.

Estou ciente também, que devo cumprir todas as exigências descritas no Código de Ética Profissional para o exercício legal da profissão. No caso de deixar de exercer a profissão de psicólogo, e desejar cancelar o registro profissional, devo comunicar por escrito, a este Conselho, pois só desta forma ficarei isento (a) de contribuir com as anuidades. Deverei devolver a Carteira de Identidade Profissional, bem como, não estar à época, respondendo a qualquer processo ético e/ou disciplinar. Sabendo que o cancelamento do registro não quita débitos anteriores com este Conselho.

CRP: 05/ _____

Nome: _____

Nascimento.: ____/____/____ Sexo: _____ Est.Civil: _____

Nacionalidade: _____ UF.: _____ Natural.: _____

Ident.: _____ Órgão: _____ UF: _____ Data Exp.: ____/____/____

CPF: _____

Pai: _____

Mãe: _____

Tipo de endereço para correspondência: () Residencial () comercial

End.Residencial: _____

Bairro: _____ Estado: _____ Cidade: _____

CEP.: _____

Telefone: () _____ CEL: () _____

Email...: _____

End.comercial: _____

Bairro: _____ Estado: _____ Cidade: _____

CEP.: _____ Telefone: () _____

CRP de Origem: CRP-_____/_____

Rio de Janeiro , _____ de _____ de _____.

Assinatura do Psicólogo(a)