

**Conselho Regional de Serviço Social 19ª Região – Goiás**

Nome: \_\_\_\_\_ CRESS Nº \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Natural de: \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Expedição : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

CPF Nº: \_\_\_\_\_ Título Eleitoral Nº: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_

Residente a : \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones Residenciais: ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ .

Telefones de três parentes ou amigos para contato:

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

**Vem requerer a (ao) Presidente deste CRESS GO de acordo com as normas legais em vigor:**

Cancelamento de Inscrição .....

Interrupção do Exercício Profissional .....

JUSTIFICATIVA: .....

.....

.....

.....

.....

**Conforme Resolução 711/2015 do CFESS que:**

**Altera a Resolução CFESS N.582/ 2010 nos termos do artigo 49, PARA REGULAMENTAR A INUTILIZAÇÃO PELOS CRESS DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, QUANDO TORNADO SEM VALIDADE.**

**Nestes termos pede deferimento.**

Goiânia - GO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_  
Assinatura da (o) Assistente Social requerente