

| Nº CRP | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|
| | | | | | |



Conselho Regional
de Psicologia
19ª Região | SE

| MODELO "A" |
|----------------|
| RECEM FORMADOS |

FICHA CADASTRAL

De uso do CRP (não preencher) – Situação |__|__|

DADOS PESSOAIS

| |
|------|
| NOME |
|------|

| |
|--|
| |
|--|

| |
|--------------------------|
| NOME SOCIAL ¹ |
|--------------------------|

| |
|--|
| |
|--|

| | | |
|--------------------|---|--|
| Data de Nascimento | Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Cidade e Estado de Nascimento. Em caso de estrangeira(o), dispor o nome do País. |
|--------------------|---|--|

| | |
|--|---|
| Estado Civil Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> | Cor / Raça Negra <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Índia <input type="checkbox"/> |
|--|---|

| | |
|----------|-----|
| FILIAÇÃO | Pai |
| | Mãe |

| | | | | |
|-------------------------|-----------------|-----------------|----|-----------|
| Documento de Identidade | Data de Emissão | Órgão Expedidor | UF | CPF / CIC |
|-------------------------|-----------------|-----------------|----|-----------|

| |
|--|
| ENDEREÇO (Rua, Travessa, Avenida, etc) |
|--|

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--------|-----|
| BAIRRO | CEP |
|--------|-----|

| | |
|-----------|----|
| MUNICÍPIO | UF |
|-----------|----|

| | | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Telefone Residencial (Com DDD) | Telefone Comercial (Com DDD) | Telefone Celular (Com DDD) |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|

¹ Em respeito à Resolução nº 014/11 do CFP que visa "Assegurar às pessoas transexuais e travestis o direito à escolha de tratamento nominal" através da possibilidade de inserção de nome social no campo "observação" da Carteira de Identidade Profissional, ampliamos o espaço deste documento para a inclusão, portanto, do nome social para aquelas(es) cidadãs(ãos) que se incluíam na normativa referida.

E-MAIL(S)

FORMAÇÃO

| | | |
|-------------------|---|-------------------------------|
| Data da Formatura | Nome da Escola / Faculdade / Universidade | Código CFP (não preencher) |
|-------------------|---|-------------------------------|

| | |
|-----------|----|
| MUNICÍPIO | UF |
|-----------|----|

| | | | |
|--|--------------------------|-----------------|-------------|
| Documento de Inscrição <input type="checkbox"/> Certidão <input type="checkbox"/> Diploma | Apresentarei diploma até | Data do Diploma | Registro Nº |
|--|--------------------------|-----------------|-------------|

| | | |
|-------|-------|-------|
| Livro | Folha | Órgão |
|-------|-------|-------|

REQUERIMENTO

A(o) psicóloga(o) acima caracterizada(o) e que a seguir assina, afirma serem verdadeiros seus dados constantes e requer sua inscrição neste Conselho Profissional nos termos da LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

Declaro, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não exerceu a profissão até esta data (1º Art. 13 da Lei 4119/62 e Dec. 53.464/64).

Nestes termos, pede deferimento,

Em ___ / ___ / _____.

Assinatura

A SER PREENCHIDO PELO CRP

| | | |
|--|---|--|
| Anuidade e Taxas: Guia Nº _____ RRD Nº _____ Documentos e Formulários conferidos no ato | PARECER FAVORÁVEL AO DEFERIMENTO _____, ___ / ___ / _____ _____ Coordenador | Documentação em ordem _____, ___ / ___ / _____ _____ Operações |
| Deferido em ___ / ___ / _____ Seção Plenária _____ _____ CONSELHEIRA(O) | | Carteira de Identidade Profissional conferida em _____, ___ / ___ / _____ _____ OPERAÇÕES |

| DATA | OCORRÊNCIA | Conselheira(o) ou Funcionária(o) |
|------|------------|----------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |