



Autuação de Processos

Em ____/____/20____ recebi e protocolei esta solicitação de **Cancelamento de Inscrição Pessoa Física**, o que originou este processo sob o n.º ____/20____.

Assinatura e carimbo



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FISICA

Nome: _____

_____ Número do registro no CRP-09 _____

Venho, por meio deste, requerer a este Conselho Regional de Psicologia - 9ª Região, o cancelamento de minha inscrição por não estar exercendo a profissão de Psicólogo.

Para tanto, apresentei os seguintes documentos:

- CIP (Carteira de Identidade Profissional)
- Declaração de perda/extravio de CIP;
- Outros: _____

Neste ato, declaro estar ciente que não poderei exercer a profissão de psicólogo sem que reative meu registro no Conselho de Psicologia, bem como, de que o descumprimento desta determinação caracterizará o exercício ilegal da profissão, o que me sujeitará às penalidades prevista em lei.

Informo, também, meus meios de contato:

Endereço completo para correspondência (Rua, Av., Qd., Lt., Nº ...)

Bairro: _____ CEP: _____

Município: _____ UF: _____ Telefone Residencial (DDD) _____

Telefone Comercial (DDD) _____ Telefone Celular (DDD) _____ Telefone Contato (DDD) _____

E-mail: _____

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo deferimento.

_____, ____/____/____
Cidade UF Data

Assinatura

DECLARAÇÃO PARA FINS DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PESSOA FÍSICA

Eu, _____, psicóloga(o), CRP 09/_____, solicito o cancelamento de minha inscrição por não estar exercendo a profissão de psicólogo. Para tanto, declaro que no estado de Goiás: **(MARCAR SIM OU NÃO PARA TODAS AS OPÇÕES ABAIXO)**

1. Já exerci a profissão de Psicóloga(o). Portanto apresento Declaração referente ao destino do Material Psicológico produzido durante o exercício da profissão no(s) local(ais) trabalhado(s);	() SIM	() NÃO
---	---------	---------

2. Sou Responsável Técnica(o) por serviço de Psicologia em Pessoa Jurídica;	() SIM	() NÃO
---	---------	---------

3. Realizo serviços psicológicos por meios tecnológicos de comunicação a distância (atendimento online);	() SIM	() NÃO
--	---------	---------

4. Estou empregada(o), mas não exerço a função de psicóloga(o). Portanto, apresento Declaração, expedida pelo órgão empregador;	() SIM	() NÃO
---	---------	---------

5. Posuo uma empresa, mas não exerço a função de psicóloga(o) na mesma. Portanto, apresento Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral junto ao CNPJ;	() SIM	() NÃO
---	---------	---------

6. Atuo como profissional autônomo na área do/de: _____; _____;	() SIM	() NÃO
--	---------	---------

7. Outro(s): (Caso queira acrescentar alguma outra informação descreva aqui): _____ _____ _____ _____;

Neste ato, declaro que estou ciente que o uso do termo Psicóloga(o) é restrito aos profissionais inscritos no Sistema Conselhos de Psicologia, conforme o parágrafo único do art. 1º do DECRETO nº 53.464 de 21-01-1964 (Regulamenta a Lei nº 4.119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a Profissão de Psicólogo). Assim sendo, a partir desta data não poderei mais utilizar a designação profissional de "Psicóloga(o)".

Aliado a isso, estou ciente, também, que meu requerimento será encaminhado para análise e poderá solicitar novas informações e/ou documentos para fins de comprovação de que o requerimento de cancelamento de inscrição no CRP 09 é procedente.

O requerimento de cancelamento de inscrição será encaminhado, também, para a Comissão de Ética para a verificação da existência, ou não, de representação/processo ético em andamento em desfavor do requerente. Em caso afirmativo, a solicitação será indeferida, conforme art. 11 da RES CFP n.º 03/2007. Novo requerimento poderá ser realizado novamente ao final do processo ético.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo deferimento.

_____, _____/_____/_____
Cidade UF Data

Assinatura