

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 12ª REGIÃO

Sede: Rua Professor Bayer Filho, nº 110 – Coqueiros
 CEP: 88080-300 Florianópolis – SC
 Subsedes em Chapecó, Criciúma e Joinville - Site: www.crp12.org.br

MODELO "C"	
<input type="checkbox"/>	Transferência
<input type="checkbox"/>	Reativação por Transferência
<input type="checkbox"/>	Reativação Inscrição Secundária
<input type="checkbox"/>	Inscrição Secundária
<input type="checkbox"/>	Reativação
<input type="checkbox"/>	Presencial
<input type="checkbox"/>	Correspondência

1. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social (*Direito assegurado às pessoas transexuais e travestis à escolha do tratamento nominal): _____

Data de Nascimento: _____ Sexo: M F Possui alguma deficiência? () Não ou () Sim Qual? _____

Estado Civil: _____

✉ e-mail(s): _____

Informamos que os e-mails são automaticamente incluídos na lista de e-mails do CRP-12.

Endereço para correspondência: Residencial () / Trabalho () / Outro ()

Endereço (Rua, Av., etc.) _____ Número: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Município: _____ UF _____

📞 Telefones para contato:

Residencial: _____ Celular 1 (Whatsapp): _____ Celular 2: _____

Trabalho: _____ Recados: _____ Nome contato recados: _____

Autorizo a divulgação do(s) telefone(s): () Trabalho e/ou () Celular(s)

Qual o documento da graduação de Psicóloga (o) é apresentado na Inscrição? () Certidão ou () Diploma

SE REATIVAÇÃO: Possui ou possuiu inscrição em algum Conselho Regional de Psicologia do País no período que esteve com sua inscrição cancelada neste Conselho? () SIM ou () NÃO

Teve **título de especialista** deferido em outro CRP? () NÃO ou () SIM Qual(is)? _____

INSCRIÇÕES SECUNDÁRIAS

Profissionais que realizarem **inscrição secundária** deverão encaminhar os documentos indicados nos termos da legislação do CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA EM VIGOR e Resolução CRP-12 nº 002/2008, que trata da solicitação de Inscrição por Correspondência e uma declaração indicando carga horária e locais onde exercerá atividades em ambas Jurisdições.

REQUERIMENTO

O(a) Psicólogo(a) acima caracterizado(a), que a seguir assina, confirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da legislação do CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA EM VIGOR e da resolução nº CRP-12/002-2008, que trata da inscrição por correspondência.

DECLARA, igualmente, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e:

() Não exerceu a profissão até esta data **nesta Jurisdição** (1º Art. 13 da Lei 4119/62 e Dec.53.464/64).

() Não exerceu a profissão no período em que a inscrição foi cancelada, até a presente data.

Nestes termos, pede deferimento.

Em ____/____/____

Assinatura _____

A SER PREENCHIDO PELO CRP-12

Documentos e formulários conferidos no ato.	Parecer favorável ao deferimento.	() Pagamentos em ordem. () Isento(s) de anuidades.
_____ Secretaria	_____ Conselheira (o)	_____ Secretaria / Financeiro

Data da reunião: ____/____/____.
 () Plenária Ordinária. () Plenária Extraordinária.
 () Diretoria "Ad referendum".

ANOTAÇÕES GERAIS:

 Conselheira (o)