Conselho Regional de Educação Física da 17ª Região

SOLICITAÇÃO DE BAIXA DO REGISTRO DE PESSOA FÍSICA

CREF17/MT
Fls._____
_____
Visto

NOME COMPLETO			Nº DE REGISTRO NO CREF17/MT
CPF	EMAIL		TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD
ENDEREÇO COMPLETO			TELEFONE CELULAR COM DDD
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP

Venho, pelo presente documento, **solicitar ao CREF17/MT** a Baixa do Registro Profissional, em razão do (s) seguinte (s) motivo (s)*:

☐ Aposentadoria por invalidez /auxílio doença;

☐ Não exerço a profissão;

☐ Problemas de saúde;

☐ Viagem ao exterior;

☐ Outro (s):_____

_____

*Anexar cópia (s) de documento (s) que comprove (m) a opção informada.

Último Local de Trabalho Onde Exerceu Atividades Próprias da Educação Física

RAZÃO SOCIAL			
CARGO OU FUNÇÃO			TELEFONE COM DDD
ENDEREÇO COMPLETO			
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP

Declaro, outrossim, sob as penas da Lei, que estou **plenamente ciente** de que, no período em que estiver com meu registro baixado perante o Conselho, não poderei exercer qualquer atividade própria do Profissional de Educação Física, por configurar **exercício ilegal da profissão** (Artigo 47 da Lei de Contravenções Penais).

Declaro, também, **estar ciente** de que, cessado o motivo de impedimento do exercício profissional, deverei solicitar ao CREF17/MT a reativação do meu registro, mediante comunicação por escrito e pagamento da anuidade proporcional.

ORIENTAÇÕES

Para deferimento da presente solicitação, faz-se necessário:
- Devolver a Cédula de Identidade Profissional*.
- Preenchimento completo do requerimento e acompanhado dos documentos comprobatórios*.

* Em caso de roubo, perda ou extravio da Cédula de Identidade Profissional, o profissional deverá encaminhar cópia do **Boletim de Ocorrência**, constando o ocorrido com o documento.

_____,_____ de_____de_____
Local e Data

_____
ASSINATURA (Obrigatória e idêntica ao documento de identidade)

ATENÇÃO

Para solicitações efetuadas **até 31/03 do ano em curso**, o requerente estará dispensado do pagamento da anuidade do respectivo exercício, desde que a solicitação seja deferida. Será considerada, para este fim, a **data de recebimento** no CREF17/MT, deste formulário, devidamente preenchido e assinado.

Espaço reservado para preenchimento do CREF17/MT

SEDE
Rua Mangueira, 253 – Jardim Shangri-lá – Cuiabá/MT – CEP 78.070-140
Tel. (65) 4001-1452 - adm@cref17.org.br - www.cref17.org.br