



DADOS DO PROFISSIONAL

NOME		Nº DE REGISTRO NO CREF17/MT	
CPF	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD	
ENDEREÇO COMPLETO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

DADOS DA PESSOA JURÍDICA

RAZÃO SOCIAL (de acordo com o CNPJ e Atos Constitutivos)		Nº DE REGISTRO DO ESTABELECIMENTO	
NOME FANTASIA (de acordo com o CNPJ e Atos Constitutivos)		CNPJ	
E-MAIL	TELEFONE COMERCIAL COM DDD	TELEFONE CELULAR COM DDD	
ENDEREÇO COMPLETO COMERCIAL			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

Eu, Profissional de Educação Física acima já identificado, venho, por meio deste documento, requerer ao Sr. Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 17ª Região - CREF17/MT, o:

- ( ) **CANCELAMENTO DEFINITIVO** da Responsabilidade Técnica;  
( ) **AFASTAMENTO TEMPORÁRIO** da Responsabilidade Técnica, pelo período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, pelo motivo de \_\_\_\_\_, sendo substituído(a) pelo(a) Profissional \_\_\_\_\_, devidamente registrado(a) no CREF17/MT sob o nº de Registro Profissional \_\_\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Espaço reservado para preenchimento do CREF17/MT

**SEDE**