



**2. FORMAÇÃO**

**2.1. Curso de Graduação**

Data Formatura	Nome da Escola / Universidade	Código CRP (Não preencher)
----------------	-------------------------------	-------------------------------

Município	UF	Código IBGE (não preencher)
-----------	----	-----------------------------

Natureza da Instituição Formadora: Assinale a natureza da Faculdade / Universidade em que se formou:

1 - Particular       2 - Municipal       3 - Estadual       4 - Federal

Documento de Inscrição <input type="checkbox"/> Certidão <input type="checkbox"/> Diploma	Apresentarei Diploma até	Data de Diploma	Registro nº
--	--------------------------	-----------------	-------------

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

(cont. Órgão)

**REQUERIMENTO**

(S) Secundária (Inscrição Principal no: CRP)       (T) Transferência (Inscrição do: CRP)       (R) Inscrição Reativada

O(a) Psicólogo(a) acima caracterizado(a), que a seguir assina, afirma serem verdadeiros seus dados aqui constantes e requer sua inscrição neste Conselho, nos termos da LEGISLAÇÃO EM VIGOR.

Declaro, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que:

Não exerceu profissão até a esta data (1º Art. 13 da Lei 4119/62 e Dec. 53.464/64.) No âmbito do CRP-14.

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 - 14**

Anuidade e Taxas Guia Nº _____ RRD Nº _____ Documentos e Formulários conferidos no ato.	PARECER FAVORÁVEL AO DEFERIMENTO. _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	Documentação em ordem. Campo Grande, ____/____/_____ _____/____/_____ _____/____/_____
Recepcionista / Enc. Seção	Conselheiro	Operações

Deferido em ____/____/____      Seção Plenária _____	Carteira de Identidade Profissional conferida em _____/____/_____ _____/____/_____
CONSELHEIRO	OPERAÇÕES

DATA	OCORRÊNCIA	NOME DO CONS. OU FUNC.