



REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Baixa de Registro

Cancelamento por falecimento

Informações Pessoais:		Preencher com letra de forma legível e sem rasuras	
Nome completo:			
Número do Registro:		Estado Civil:	
E-mail para contato:			
Nº do Documento de Identificação:		Órgão Emissor:	
Data de Expedição: ___/___/___	CPF:		
Endereço:			Nº:
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	
Celular:	Telefone Fixo:	Fax:	
Nome da Empresa:			
Endereço:			Nº:
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	
A Pessoa Física acima identificada requer ao (a) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região – CREF19/AL, a baixa de registro profissional devido à seguinte justificativa:			

anexando os seguintes documentos*:			
<input type="checkbox"/>	Devolução da Cédula de identidade profissional;		
<input type="checkbox"/>	Boletim de ocorrência (apenas para os casos de perda, furto ou roubo da CIP);		
<input type="checkbox"/>	Comprovante de situação cadastral no CPF, extraído da página eletrônica da Secretaria da Receita Federal do Brasil;		
<input type="checkbox"/>	Certidão de Óbito.		
<input type="checkbox"/>	Outros documentos: _____		
(*) Anexar documentação comprobatória do(s) motivo(s) que originou (aram) o pedido.			

Declaro, igualmente, sob as penas da Lei, que estou plenamente ciente de que, no período em que meu registro junto ao CREF19/AL estiver baixado não poderei exercer quaisquer atividades próprias do profissional de Educação Física, por configurar exercício ilegal da profissão, previsto no art. 47 da Lei das Contravenções Penais, estando também ciente das sanções da responsabilidade civil e criminal nos termos do art. 935 do Código Civil e no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro estar ciente de que, cessado o motivo que impedia o exercício profissional, deverei solicitar ao CREF19/AL a reativação de meu registro profissional, mediante comunicação por escrito e pagamento de anuidade proporcional.

Declaro que possuo ciência e autorizo, expressamente, neste ato, a coleta, armazenamento e tratamento dos meus dados aqui descritos, em atenção ao que dispõe a Lei nº 13.709/2018.

Declaro, também, estar CIENTE que o presente requerimento e a documentação anexa serão submetidos à análise e tramitação interna do CREF19/AL, com prazo de conclusão de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por igual período.

Nestes Termos, pede deferimento.

_____, de _____ de _____
(Local e data)

Assinatura do Profissional
(ou de parente em 1º grau em caso de cancelamento por falecimento)