



OBSERVAÇÃO: Será necessário o reconhecimento de firma nas assinaturas quando a pessoa que assinar o documento não estiver presente no ato de recepção do documento pelo atendimento do CREF19/AL

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

Baixa de Registro

Cancelamento de Registro

Razão Social:			
Nome Fantasia:			
CNPJ nº:			
Entidade Fiscalizada:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	Se fiscalizada, Termo de Fiscalização nº: _____
Endereço:			Nº _____
Complem.:		Bairro:	
Cidade:			CEP: _____
UF:		Fone:	E-mail: _____
Representante Legal:			CPF: _____
Endereço Rep. Legal			Nº _____
Complem.:		Bairro:	
Cidade:			CEP: _____
UF:		Fone:	E-mail: _____

A pessoa jurídica acima identificada, requerer à (o) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região / Alagoas, a baixa e/ou cancelamento do registro de pessoa jurídica junto ao CREF19/AL, tendo em vista declarar que não continuará exercendo as atividades próprias da área de Educação Física, pelos seguintes motivos*:

(*) Anexar documentação comprobatória do(s) motivo(s) que originou (aram) o pedido, conforme listagem constante do site www.cref19.org.br

Outrossim, declaro, sob a pena da Lei, que estou plenamente ciente de que, no período em que o registro junto ao CREF19/AL estiver **baixado** ou **cancelado**, não poderei explorar qualquer atividade própria da área de Educação Física, por configurar atividade ilegal, estando, também, ciente, que poderá ser aplicada sanção de responsabilidade civil e/ou criminal.

Declaro, finalmente, que cessando o(s) motivo(s) que impedia(m) a exploração de atividade na área de educação física, deverá ser solicitada ao CREF19/AL a reativação do registro, mediante comunicação por escrito e pagamento de anuidade proporcional.

_____, _____ de _____ de _____
(Local e data)

ASSINATURA COM FIRMA RECONHECIDA DO REPRESENTANTE LEGAL