

## REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA

**\*A FALTA DE QUALQUER DOCUMENTO E/OU APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS ILEGÍVEIS OU COM RASURAS IMPEDIRÁ O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA ANÁLISE.**

Eu, \_\_\_\_\_ registrado no CREF \_\_\_\_/\_\_\_\_ sob o número \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_/\_\_\_\_, venho à presença deste CREF, solicitar à(o) Sr (a). Presidente a transferência de registro profissional.

Para tanto, anexo os seguintes documentos:

- Foto, recente, de frente e fundo branco para documento oficial;
- Comprovante de pagamento da anuidade do atual exercício;
- Comprovante ou declaração de responsabilidade sobre informação do endereço completo da residência, endereço eletrônico e telefones; (entre os últimos 03 meses).
- Comprovante ou declaração de responsabilidade sobre informação do endereço completo onde irá laborar, endereço eletrônico e telefones;
- Carteira de Identidade Profissional ou cópia do boletim de ocorrência do extravio da CIP acompanhado de documento de identificação oficial com foto;

Ademais, informo os endereços para correspondência, quais sejam:

### Endereço Residencial:

|           |  |         |  |    |  |
|-----------|--|---------|--|----|--|
| ENDEREÇO: |  |         |  | Nº |  |
| COMP.:    |  | BAIRRO: |  |    |  |
| CIDADE:   |  | CEP:    |  |    |  |
| CELULAR:  |  | TEL.:   |  |    |  |

### Endereço Laboral:

|           |  |         |  |    |  |
|-----------|--|---------|--|----|--|
| ENDEREÇO: |  |         |  | Nº |  |
| COMP.:    |  | BAIRRO: |  |    |  |
| CIDADE:   |  | CEP:    |  |    |  |
| CELULAR:  |  | TEL.:   |  |    |  |

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.

(Continua – vide verso)

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.

**Observação:**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional