



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA  
 CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA - 7ª Região  
 Av. Protásio Alves, 2854 - Sala 301 - CEP 90410-006 – Porto Alegre/RS  
 Fone (51) 3334-6799 Site: www.crprs.org.br - E-mail: crprs@crprs.org.br

FOTO 3X3

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA**

CRP nº

07/

Nome Completo:

Nacionalidade:	Naturalidade/UF (Cidade/UF):	Data de Nascimento: _____/_____/_____	
RG/Identidade:	Órgão Expedidor/UF:	Data de Expedição: _____/_____/_____	CPF nº:
Título Eleitoral nº:	Zona:	Seção:	Certif. Disp./Reservista Militar nº: _____ Reg. Alistamento nº: _____

Filiação:  
 Pai: \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_

Raça/Cor:  Branca  Negra  Parda  Amarela (oriental)  Indígena

É portador de deficiência?  Sim  Não  
 Se sim, qual?  Auditiva  Física  Visual  Mental

Instituição de Ensino Superior: \_\_\_\_\_ Campus: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Data da Colação de Grau: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Registro do Diploma  
 Nº: \_\_\_\_\_ Folha: \_\_\_\_\_ Livro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Feminino  
 Identidade de Gênero:  Homem  Mulher  Homem Trans  Mulher Trans  Travesti  Outra \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Apto/bloco: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: \_\_\_\_\_  
 ( ) \_\_\_\_\_ Divulgar este dado na web?  Sim  Não

Telefone Comercial: \_\_\_\_\_ Divulgar este dado na web?  Sim  Não  
 ( ) \_\_\_\_\_ Telefone Celular: \_\_\_\_\_ Divulgar este dado na web?  Sim  Não  
 ( ) \_\_\_\_\_

Telefone para recados: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Divulgar este dado na web?  Sim  Não  
 ( ) \_\_\_\_\_

Deseja receber o "CRPRS Informa", newsletter semanal enviada (por e-mail) com as notícias do site, e demais newsletters de divulgação de atividades do CRPRS?  Sim, desejo receber.  Não desejo receber newsletters.

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul:  
 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. Declara, outrossim, estar ciente de sua obrigação de manter atualizados os dados aqui registrados e que não exerceu a profissão até esta data sem o devido registro (§1º do Art. 13 da Lei 4.119/62 e Dec. 53.464/64).

Tipo de Inscrição requerida:  PRINCIPAL  SECUNDÁRIA - Nº do CRP de origem: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 REINSCRIÇÃO  TRANSFERÊNCIA - Nº do CRP de origem: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Assinatura da(o) Requerente

**PREENCHIMENTO PELO CRP**

<input type="checkbox"/> DEFERIDO <input type="checkbox"/> INDEFERIDO NA PLENÁRIA NÚMERO _____ REALIZADA EM _____/_____/_____, SOB O NÚMERO DE PROCESSO _____. _____ Coordenador(a)/Conselheira(o)	Documentos conferidos. Colação de grau confirmada? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____, _____/_____/_____ Assinatura do funcionário do CRPRS
---	--