



CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO PIAUÍ – 22ª. REGIÃO

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PRINCIPAL PESSOA FÍSICA

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Nome Social: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

RG: _____ Órgão Emissor/UF: _____

CPF: _____

Nacionalidade: _____ Natural de: _____

Data do Nascimento: ___/___/_____ Filiação: _____

Gênero: _____

Estado Civil: _____

Nº do comprovante de quitação com o Serviço Militar (sexo Masculino - até 45 anos de idade)

Raça e Cor: () Branca () Negra () Parda () Amarela () Indígena () Não informar

Possui deficiência: () Não () sim Especifique _____ () Não Informar

ENDEREÇO

Logradouro: _____

Nº: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____

DADOS DA FORMAÇÃO ACADÊMICA

Instituição de Ensino: _____

End. Da instituição – endereço local/polo onde realizou o curso:

Duração do curso _____ Período de realização _____ a _____

Modalidade do curso () presencial () à distância



CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL DO PIAUÍ – 22ª. REGIÃO

Tipo de documento apresentado () Diploma () Certidão () Outros _____

Data da Colação de Grau: ____/____/____

Dados do Diploma: Livro _____ Folha _____ N° do Registro _____

() Declaro, para fins de inscrição junto ao CRESS da 22ª Região, que não possuo inscrição principal em outro Conselho Regional de Serviço Social.

() Declaro ainda, sob as penas da lei, que os documentos anexados são autênticos e correspondem integralmente aos originais.

() Declaro, sob as penas da lei, que li e conferi os dados e os mesmos estão corretos.

() Concordo com a coleta dos dados pessoais para fins de registro da inscrição no CRESS da 22ª Região.

() Concordo com o uso do e-mail fornecido para o recebimento de mensagens e comunicações oficiais por parte do CRESS da 22ª Região.

() Concordo que os dados de acesso ao sistema são pessoais e intransferíveis, vedado o compartilhamento com terceiros(os).

() Estou ciente de que a inscrição no CRESS da 22ª Região gera a obrigação do pagamento de anuidade.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Cidade: _____ UF: _____ Em: ____/____/____

Assinatura da(o) Requerente