



CERTIDÃO DE TRANSFERÊNCIA

O Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de _____ **COREN-**_____,
no uso de suas atribuições e atendendo ao que foi requerido por _____ (nome do inscrito),
CERTIFICA que o profissional é _____ (categoria) ao qual foi concedida Inscrição Definitiva neste
Órgão no Quadro ____ em ____ / ____ / _____. **CERTIFICA**, ainda que seu documento profissional de
identidade possui número **COREN-**_____ e que não consta em seu prontuário qualquer anotação referente
ao cometimento de infração disciplinar ou ética. **CERTIFICA**, ademais, que o profissional já mencionado está
quite com suas obrigações pecuniárias para com o **COREN-**_____, bem como habilitado ao exercício da
profissão na área da Enfermagem. Esta Certidão tem prazo de validade de 60 dias. **NADA MAIS**. O referido é
verdade e dou fé. _____, ____ de _____ de _____ (local e data).

Presidente