

**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, ética, bem como irregularidade eleitoral. **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