

**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 não está quite com suas obrigações pecuniárias para com o **COREN-**_____, sendo devedor das anuidades de XXXX, XXXX e XXXX. O **COREN-**___ faz cessão das anuidades devidas no valor de R\$ XXXX.XXX ao **COREN-**_____, onde deverá ser pago. **CERTIFICA** que está 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