



CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM  
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXXXXX

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

**Dados pessoais**

Nome:  
Filiação:  
Sexo: Gênero: Nascimento:  
CPF: Identidade: Emissor: Emissão:  
Raça/Cor: Etnia Indígena: Estado Civil:  
Naturalidade: UF: Nacionalidade:  
Necessidade Especial:

**Endereço e contatos**

Endereço:  
Bairro: Cidade: UF: CEP:  
Telefone residencial: ( ) Telefone celular: ( )  
e-mail:

**Formação**

Razão Social:  
Nome Fantasia:  
Conclusão: Colação de grau: Data de inscrição:

**Direitos Políticos – Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988 – Dos Direitos Políticos, Artigos 14 ao 16**

Certifico que, de acordo com a CF/88 do Artigo 14 ao Artigo 16, que dispõe sobre os Direitos Políticos, comunico:

Está quite com os direitos políticos ( ) SIM ( ) NÃO

**Serviço requerido**

Abaixo assinado, vem mui respeitosamente requerer que V. Exa. se digne a processar:

**(NOME DO SERVIÇO)** para a categoria de **(CATEGORIA)**

*As informações e os documentos serão conferidos quanto à sua veracidade e autenticidade, e poderão ser disponibilizados, respeitando as normas contidas na Lei Geral de Proteção de Dados.*

*Declaro e dou fé para todos os fins de direito que as informações prestadas neste formulário são verdadeiras e que resido no endereço supracitado, sob as penas da lei, estando ciente de que o não recolhimento da taxa acarretará o indeferimento do pedido.*

*Em conformidade com o Art. 5º da Lei 12.514 de 28 de outubro de 2011, que determina que "O fato gerador das anuidades é a existência de inscrição no conselho, ainda que por tempo limitado, ao longo do exercício", declaro estar ciente sobre a geração da anuidade do exercício vigente após o deferimento do pedido de inscrição.*

CIDADE, XX de mês de 20XX

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente