



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