

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS 20ª REGIÃO/MT

Rua Batista das Neves nº 22 – Sala 303 – Edifício Comodoro – Centro – Cuiabá/MT

CEP: 78.005-380 Telefone: (65) 624-9313 Fax: (65) 624-2095

E-mail: cressmt@terra.com.br Página na Internet: www.cressmt.org.br

Ilm^a Sr^a

.....
Presidente do Conselho Regional de Serviço Social 20ª Região/MT

Eu,, inscrita (o)
no Conselho Regional de Serviço Social REGIÃO, sob o N° _____ - residente
.....
..... venho mui
respeitosamente requerer a V.S^a, que seja concedido (a):

- Transferência para o CRESS Região()
- Cancelamento a Pedido()
- Reinscrição()
- Cédula de Identidade Profissional..... Via.....()
- Carteira de Identidade Profissional..... Via.....()
- Apostilamento por mudança de nome()
- Isenção de Anuidade()
- Inscrição Secundária()
- Interrupção do Exercício Profissional()
- Apresentação de Diploma()

JUSTIFICATIVA:
.....
.....
.....

Nestes Termos.
Pede Deferimento.

_____ -MT, ____/____/____.

Assistente Social