

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

Rua Batista das Neves nº 22 – Sala 303/304 – Edifício Comodoro – Centro – Cuiabá/MT

CEP: 78.005-190 Fone/Fax: (65) 3624-2095/ 3624-9313

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

Ilmo.(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 Nº ____ - residente

..... venho mui
respeitosamente requerer a V.Sª, 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