



CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DA 9ª REGIÃO

Rua: Dr. Faivre, 880 – Centro – 80.060-140 – Curitiba/PR

Fones: 0800 6432667 (exceto Curitiba e Região)

(41) 3363-8388 /Fax: (41) 3362-4566

www.crefpr.org.br /crefpr@crefpr.org.br

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO DE AUTÔNOMO (A)

Nome do Profissional Autônomo (a): _____

Nº da Cédula Profissional: _____

Nome Fantasia: _____

CPF: _____, registrada (o) neste CREF9/PR sob o nº: PJA _____

com endereço à com endereço à _____

nº: _____ complemento: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____

Telefone Comercial: () _____ Celular: () _____

e-mail: _____ vem pelo presente documento solicitar ao CREF9/PR o cancelamento do registro de autônomo (a) em caráter definitivo, pelo (s) seguinte (s) motivo (s):

Outrossim, declaro sob as penas da lei que estou plenamente ciente de que, no período em que o registro como autônomo (a) localizado (a) estiver cancelado, não poderei exercer atividades ligadas à atividade física, por constituir tal fato em exercício irregular das atividades, sujeitando-se às penalidades previstas na legislação vigente.

Data: ____ / ____ / ____

Nome legível: _____

Assinatura: _____

Profissional (reconhecer firma em cartório)

OBSERVAÇÃO:

- Devolver o Credenciamento de Registro (original);
- Cópia autenticada da baixa do Alvará da Prefeitura como Autônomo (a);

Informe um endereço abaixo para que seja enviada a carta de baixa do registro da entidade onde tenha alguém para recebimento.

Endereço: _____ nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____