



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA DE PESSOA FÍSICA – TECNÓLOGO

Nº da Inscrição:

**Dados Pessoais**

Nome			
Naturalidade			Estado
Nacionalidade	Estado Civil	Sexo	Data de nascimento
Nome do pai		Nome da mãe	
RG	Data de expedição RG	Órgão Expedidor/UF	CPF
Título de Eleitor	Zona	Seção	Estado
Certificado de Reservista	Categoria	Série	CSM

**Endereço Residencial**

Rua, Av			Nº
Compl.	Bairro	Cidade	Estado
CEP	Tel resid. com DDD	Tel cel. com DDD	
Email			

**Endereço Profissional**

Nome do estabelecimento			
Rua, Av			Nº
Compl.	Bairro	Cidade	Estado
CEP	Tel com. com DDD	Tel cel. com DDD	
Email			

**Formação**

Graduado(a) pelo(a) (nome da Instituição de Ensino)	
Nome do Curso	Habilitado(a) em (se houver)

**Requeiro minha inscrição no CRBM - 5 e responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas.**

Local e data

Polegar Direito

Foto 3X4

Assinatura do requerente no quadro abaixo – não ultrapassar as bordas

--	--	--



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA - 5ª REGIÃO  
CRBM - 5  
Jurisdição: Rio Grande do Sul e Santa Catarina  
CNPJ 13738204/0001-76

### MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

<b>1) Assinale um X no (s) quadrinho(s) correspondente(s) aos documentos que deveremos entregar-lhe:</b>			
<input type="checkbox"/>	Documento de Identidade Profissional		
<input type="checkbox"/>	Diploma Original		
<input type="checkbox"/>	Cópia autenticada do Histórico Escolar		
<input type="checkbox"/>	Cópia autenticada de Certificado de Pós-Graduação		
<input type="checkbox"/>	Outros Documentos (cópias autenticadas do RG, CPF, Título de Eleitor, Certidão de Casamento, etc.)		
<b>2) Como deseja receber os documentos? Assinale a opção abaixo:</b>			
<input type="checkbox"/>	Correio (informe o endereço completo no quadro nº 3 abaixo)		
<input type="checkbox"/>	Irei pessoalmente ao CRBM - 5		
<input type="checkbox"/>	Autorizarei alguém a retirar para mim na Sede do CRBM – 5 (informe os dados da pessoa autorizada no quadro nº 4)		
<b>3) Endereço para remessa (PREENCHER SOMENTE SE VOCÊ OPTOU PELA MODALIDADE CORREIO)</b> <b>* Responsabilizo-me integralmente pelo eventual extravio do(s) referido(s) documento(s). Responsabilizo-me também, por qualquer tipo de avaria (amasso, orelha ou rasgo), que apresente em face a sua remessa pelo correio.</b>			
Rua / Av.		Nº	
Compl.		Bairro	
Cidade		UF	CEP
<b>4) Pessoa autorizada a retirar meus documentos (PREENCHER SOMENTE SE VOCÊ AUTORIZOU ALGUÉM A RETIRAR SEUS DOCUMENTOS NA SEDE DO CRBM-5)</b>			
Nome			
RG		CPF	
Neste caso, apresentar documento com foto no ato da retirada.			

_____ / ____ / ____ <b>Local e data</b>
--------------------------------------------

_____	_____
<b>Nome do(a) Interessado(a)</b>	<b>Assinatura do(a) Interessado(a)</b>