**FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL**

Ao Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região – Espírito Santo (CRP16/ES)

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CRP16/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao Conselho Regional de Psicologia da 16ª Região, CRP16, o cancelamento de registro profissional, pelo motivo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ em \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, estando ciente que enquanto estiver vigorando o cancelamento, fico **IMPEDIDA(O)** de exercer a profissão de acordo com a Legislação Federal vigente (seja em Consultório, em Instituições, Clínicas, Escolas, Empresas ou Órgãos Públicos, inclusive se o enquadramento funcional não for de psicólogo, mas exercer atividade deste). Caso contrário, caracteriza-se Exercício Ilegal da Profissão, podendo o Conselho acionar os mecanismos de fiscalização, além de responder civil e criminalmente pela declaração falsa, exercício ilegal da profissão e quaisquer danos causados. Declara também, ter ciência de que, em caso de débito, deverei quitar os mesmos, resguardando-se ao CRP16 o direito de promover cobrança administrativa ou judicial.

Vitória, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da(o) Psicóloga(o)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PREENCHIMENTO DO CRP16** | | |
| **Dados** | Sim / Não | Observações |
| Entregou a CIP? |  |  |
| Está em débito? Quais anuidades(s)? Forma(s) de pagamento? |  |  |
| Há processo ético aberto? |  |  |
| É responsável técnico de alguma empresa? Qual? |  |  |

|  |
| --- |
| Recebi a Solicitação de Cancelamento de Registro Profissional  Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

##### ANEXO II – TERMO DE COMPROMISSO

Declaro para os fins do pedido de **CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO,** junto ao Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo, que, a partir do presente pedido de cancelamento de registro, não exercerei nenhuma atividade profissional na área da Psicologia como autônomo, nem como empregado.

Declaro neste ato sob as penas da lei, estar ciente das implicações de natureza penal, inserida no art. 299 do CPB, caso haja a comprovação da **falsidade desta declaração**, bem como também estou ciente de que se eu retornar, a exercer essa minha profissão que se insere na área de competência desse Conselho Regional de Psicologia, estarei obrigada (o) a reativar o meu registro nesse mesmo CRP/ES ou em outro caso esteja exercendo a profissão em outra Região do país, sob pena de estar infringindo o art. 47 do Decreto Lei 3.688/41. Caso contrário será aplicado às devidas medidas legais.

Declaro ainda, neste ato que não tenho nenhum vínculo empregatício na área da ciência da psicologia.

Por ser verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA DA(O) PROFISSIONAL

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGISTRO CRP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_