##### 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 o presente.

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

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

ASSINATURA DA(O) PROFISSIONAL

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

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