



CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA

Autarquia Federal criada pela Lei Nº 5.905/73

CANCELAMENTO DA CERTIDÃO DA RESPONSABILIDADE TÉCNICA (CRT)

Ilma(o) Sra(o)

Enfa(o) Titulação e nome

Presidente do Coren/SC

Eu, _____, Enfermeiro(a) inscrito(a) no Coren/SC sob o n.º _____, venho por meio deste requerer o Cancelamento da Certidão da Responsabilidade Técnica (CRT) nº. _____, Validade: ____/____/____ do Serviço de Enfermagem da Instituição/Empresa: _____ pelo seguinte motivo:

() Desligamento da Instituição

() Mudança de Função na Instituição

() Licença Médica superior a 30 dias

() Outros: _____

Nestes Termos Pede deferimento

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Coren/SC _____

Endereço Completo do(a) Profissional:

Rua: _____ Número: _____

_____ Bairro: _____ Município: _____

_____ CEP: _____

Telefone Residencial: () _____ Celular: () _____

E-mail: _____