



REQUERIMENTO

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO ONLINE Resolução Cofen nº 659/2021 e Decisão Coren/SC nº 014/2021

1 - Nº Protocolo Data 2 - Nº Inscrição

3 - Nome

4 - Pai 5 - Mãe

6 - Nacionalidade 7 - Naturalidade 8 - UF

9 - Estado Civil 10 - Data Nascimento 11 - Sexo Masculino Feminino

12 - CPF 13 - Identidade 14 - Org. Emitente 15 - Expedido em

16 - Certificado de Reservista 17- Título de Eleitor Zona Seção

Endereço para Correspondência Residencial

18 - Endereço 19 - Bairro

20 - Comp. 21- Cidade 22 - Estado 23 - CEP

24 - Telefone 25 - Celular 26 - Email

Endereço Comercial

27 - Local

28 - Endereço 29- Bairro

30 - Cidade 31 - Estado 32- CEP

33 - Telefone 34- Ramal 35- Fax

36 - O requerente é portador de necessidades especiais? Sim Não

37 - Informar o grau ou nível da deficiência usando o código de classificação internacional de Doenças - CID

Vem, nos termos da legislação vigente, requerer ao Conselho Regional de Enfermagem se digne conceder-lhe:

38 - Cancelamento na categoria de

Pelo presente, comprometo-me a manter sempre atualizados meus endereços residencial e profissional.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que os dados lançados foram conferidos por mim.

Declaro, sob as penas da Lei, que não utilizarei a Carteira de Identidade Profissional como documento de identificação ou para fins de habilitação profissional enquanto minha inscrição estiver cancelada.

_____, ____ de _____ de ____

39 - Assinatura do Requerente: _____