| **REQUERIMENTO**  **REATIVAÇÃO DE REGISTRO PROFISSIONAL** | | | | | | | | | | | | | | | | **Data do Registro:** | | | **Registro Nº** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma entrega Carteira Profissional:** | | | | | | |  | | --- | |  |   **Digital** | | | | | | |  | | --- | |  |   **Digital + Física** | | | | | | | | |
| **SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ADMINISTRAÇÃO DE SANTA CATARINA VENHO REQUERER A INSCRIÇÃO**  **PROFISSIONAL NESTE REGIONAL NO QUADRO DE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Categoria:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nome:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail:** | | | | | | **Tel. Res.:** | | | | | | | | | | **Tel. Cel.:** | | | | |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEP:** | **Bairro:** | | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | | | | | | **UF:** |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CEP:** | **Bairro:** | | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | | | | | | **UF:** |
| **RG:** | | | **Órgão Expedidor:** | | | | | | | | | | **UF:** | | | | **Data Expedição:** | | | |
| **CPF:** | | | | | **Natural de:** | | | | | | | | **UF:** | | | | **Nacionalidade:** | | | |
| **Data de Nascimento:** | | | | | | | | | | | **Gênero:** | | | | | | | | |  |
| **Pai:** | | | | | | | | **Mãe:** | | | | | | | | | | | | |
| **Certificado de Reservista (Nº/RA):** | | | | | | | | | | | | | | **CSM:** | | | | **Data de emissão:** | | |
| **Título de Eleitor:** | | **Zona:** | | **Seção:** | | | **Data de emissão:** | | | | | | | | **Cidade:** | | | | | **UF:** |
| **Curso:** | | | | | | | | |  | | | | | | | | **Data Colação de Grau:** | | | |
| **Nome da Instituição de Ensino Superior:** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Data de Conclusão:** | | | |



As informações contidas neste formulário são a expressão da verdade, razão pela qual venho requerer minha inscrição no Conselho Regional de Administração de Santa Catarina nos termos da Lei Federal nº. 4.769/1965, do regulamento aprovado pelo Decreto Federal 61.934/1967 e das Resoluções do Conselho Federal de Administração – CFA, declarando estar de acordo com o Código de Ética Profissional e demais atos emanados pelo sistema CFA/CRAs. Tenho Ciência, inclusive, que o registro é definitivo e das obrigações legais assumidas, dentre elas: efetuar o pagamento da anuidade até o dia 30 de março de cada exercício e manter meu cadastro atualizado.

|  |
| --- |

Av. Pref. Osmar Cunha, 260 – Ed. Royal Business Center – 8º andar – Centro

CEP 88015-100 - Florianópolis - Santa Catarina

0800 000 1253  [atendimento@crasc.org.br](mailto:atendimento@crasc.org.br) [www.crasc.org.br](http://www.crasc.org.br) @crasantacatarina @crascoficial @cra\_\_sc