**CANCELAMENTO DE REGISTRO**

**Documentos:**

* Requerimento (modelo CRB-8)
* Declaração de Responsabilidade de Informações (modelo CRB-8)
* Carteira de Identidade Profissional - CIP (original) **ou** Cartão de Registro Provisório - CRP (original) **e** Cédula de Identidade do Bibliotecário - CIB (original).
* Cópia da Certidão de Casamento - com averbação quando houver (separação, divórcio, óbito e etc.)
* Cópia do RG (não poderá ser CNH)
* Cópia da CTPS (desde a página da foto até o último registro de emprego, mais a seguinte em branco), em caso de aposentado (a) mais a cópia da carta de concessão. Servidores públicos, cópia da publicação no Diário Oficial da portaria de exoneração ou aposentadoria.

**Observação:**

É imprescindível a apresentação de todos os documentos acima relacionados.

Pessoalmente: originais e cópias dos documentos.

Inscrição por procuração: poderá ser particular, com firma reconhecida. As cópias poderão ser simples acompanhadas das originais ou cópias autenticadas.

O atual formato só será aceito no CRB-8 com preenchimento via computador.

Exmo(a). Sr(a).

Presidente do Conselho Regional de Biblioteconomia - 8ª Região

CRB-8 – São Paulo

**REQUERIMENTO**

Eu,

(nome completo)

CRB-8/

RG:

CPF:

Estado civil:

Residente na       - N°:       - Complemento:

Bairro:       - Cidade:       - Estado:       - CEP:      -

Tel.: Celular (     )       - Residencial (     )

E-mail:

Vem requerer **Cancelamento do Registro**, pelo motivo de não estar no exercício da profissão, em conformidade com a Resolução CFB nº 121/2011. Declaro ter ciência do Art. 15 e §1º da Resolução CFB nº 121/2011. Declaro ainda, ter ciência da Resolução CFB nº 138/2013. Declaro também, sob as penas da Lei nº 4.084/62 e para os devidos fins que, não exercerei a profissão de Bibliotecário, durante o período de vigência do referido cancelamento.

Documentos entregues:

(listar documentos)

Nestes termos,

pede deferimento.

São Paulo,       de       de

 ..............................................................

 (assinatura)

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DAS INFORMAÇÕES

Eu,

(nome completo)

RG:

CPF:

Residente na       - N°:       - Complemento:

Bairro:       - Cidade:       - Estado:       - CEP:      -

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e autenticidade das cópias dos Documentos entregues.

Declaro estar ciente de que a falsidade nas informações acima implicará nas penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

 São Paulo,       de       de

................................................................

 (assinatura)