**2ª VIA DA CÉDULA DE IDENTIDADE DO BIBLIOTECÁRIO (CIB)**

**Documentos:**

* Requerimento (modelo CRB-8)
* Declaração de Responsabilidade de Informações (modelo CRB-8)
* Cópia da Certidão de Casamento - com averbação quando houver (separação, divórcio, óbito e etc.).
* Cópia do RG (não poderá ser CNH)
* 1 foto 3x4 (fundo branco)

**Pagamento de Taxas:**

* Taxa da 2ª Via da Cédula de Identidade do Bibliotecário - CIB

**Observações:**

É imprescindível a apresentação de todos os documentos acima relacionados.

Envio pelo correio: os requerimentos deverão ser datados com a data da postagem e as cópias dos documentos simples, desde que seja enviado a declaração de responsabilidade de informações preenchida.

Pessoalmente: trazer originais e cópias dos documentos e os requerimentos deverão ser datados com a data da entrega.

Atendimento presencial às quintas-feiras das 10h às 16h, somente com agendamento pelo e-mail: crb8@crb8.org.br.

Somente poderão solicitar a CIB, os profissionais que possuírem registro definitivo ativo e estiverem adimplentes com este Conselho Regional.

Bibliotecários que estiverem com o nome desatualizado, deverão solicitar também a averbação.

A solicitação não é obrigatória e poderá ser feita presencialmente ou via Correios.

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 à presença de V.Exª., requerer a confecção da **2ª Via Cédula de Identidade do Bibliotecário (CIB).**

Foto 3x4

Fundo branco

Nestes termos,

pede deferimento.

 São Paulo,       de       de

**Assinar no centro do retângulo, obedecendo às linhas laterais.**

**A assinatura não deve exceder as linhas pontilhadas de forma alguma.**

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)