**REINTEGRAÇÃO DO CANCELAMENTO**

**Documentos:**

* Requerimento (modelo CRB-8)
* Declaração de Responsabilidade de Informações (CRB-8)
* 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) e, em caso de servidores públicos, publicação no Diário Oficial da portaria de nomeação.
* 1 foto 3x4 (fundo branco)

**Pagamento de Taxas:**

* Taxa de Reintegração
* Anuidade (proporcional ou integral)

**Observação:**

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: somente com agendamento pelo e-mail crb8@crb8.org.br

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.

Cédula de Identidade do Bibliotecário (CIB): para solicitar a 1ª via acesse o link: <http://www.crb8.org.br/registro-profissional/>

Exmo(a). Sr(a).

Presidente do Conselho Regional de Biblioteconomia - 8ª Região

CRB-8 – São Paulo

(Conforme Resolução CFB nº 121/2011)

**REQUERIMENTO**

Eu,

(nome completo)

CRB-8/

RG:

CPF:

Estado civil:

Residente na       - N°:       - Complemento:

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

Tel.: Celular (     )       - Residencial (     )

E-mail:

Venho requerer a **Reintegração** nos quadros deste Egrégio Conselho.

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)