

CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 1ª REGIÃO

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo, SP, CEP 01523-000

DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS

ou

Autorização de remessa de documentos via correio

Assinale abaixo como deseja receber a devolução do diploma original e/ou cédula de identificação profissional a ser emitida pelo CRBM1. São três opções abaixo, marque apenas uma opção.

1- Irei pessoalmente (**AGENDAMENTO**) a sede do CRBM1 retirar meu diploma original e/ou a cédula de identificação profissional. (Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000, São Paulo, SP, de segunda a sexta das 08:00 às 17:00 Hrs.).

2- Quero que meu diploma original e/ou minha cédula de identificação profissional sejam entregues pelo correio e estou ciente que devo pagar a taxa de envio de documento, no endereço abaixo, sendo que me responsabilizo integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa postal.

ENDEREÇO PARA REMESSA

Logradouro: _____

Nº _____, Complemento: _____, Bairro: _____

Cidade: _____, UF: _____, CEP: _____ - _____

3- Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar meu diploma original e/ou minha cédula de identificação profissional na sede do CRBM1 (**AGENDAMENTO**) (Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000, São Paulo, SP, de segunda a sexta das 08:00 às 17:00 Hrs). *é necessária a apresentação de documento de identificação com foto no momento da retirada.

PESSOA AUTORIZADA PELO REQUERENTE

Nome: _____

RG: _____, CPF: _____

Declaro estar ciente das instruções e assumo a responsabilidade das informações acima prestadas

Requerente: _____

e-mail: _____, celular com DDD: _____

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do requerente