

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região
Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, 01523-000 São Paulo-SP, 11 3347-5555

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA

INTERESSADO(A)	Nome completo:				
	Naturalidade:			Estado:	
	Nacionalidade:		Estado Civil:	Sexo:	Data de Nascimento:
	Nome do pai:			Nome da mãe:	
	Carteira de identidade (RG):		Data de expedição:	Órgão Expedidor:	CPF:
	Título de eleitor nº:		Zona:	Seção:	UF:
ENDEREÇO RESIDENCIAL	Endereço: _____ nº _____				
	Complemento:			Bairro:	
	Município:			UF:	CEP:
	Fone fixo ()		Fone celular ()		E-mail
MODO DE ENTREGA/DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS	<input type="checkbox"/> AUTORIZO O ENVIO DOS MEUS DOCUMENTOS VIA CORREIO AO ENDEREÇO ABAIXO:				
	Rua, Alameda, Tv., etc. _____				nº _____
	Complemento			Bairro	
	Município			UF	CEP
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS				
Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino)					
Estágio Supervisionado (Atuações)					
DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.					
REQUEIRO ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina – 1ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Lei nº 6.684, de 03/07/0979 e Decreto nº 88.439, de 28/06/1983.					
Local e Data _____, _____/_____/_____					

Assinatura (CANETA PONTA GROSSA, utilizar todo espaço sem ultrapassar as bordas)

--