



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE AUTORIZAÇÃO

Nome: _____

Nº de registro CRQ-V: _____

Categoria profissional (título do diploma):

Nº de CPF: _____ Nº de RG: _____

Nº de celular: _____ Nº de telefone residencial: _____

E-mail: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____

Motivo do cancelamento de autorização para exercer atividades na área da Química no Rio Grande do Sul:

Para cancelamento de autorização:

- Requerimento devidamente preenchido;
- Devolver a carteira (livreto azul) que será devolvida após anotação da baixa de autorização;
- Cópia integral da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) digital ou cópia da rescisão do contrato de prestação de serviços.

Obs: As assinaturas podem ser feitas de forma manual, conforme documento, ou assinatura com certificação digital.

_____, _____ de _____ de 20_____
(local e data)

Assinatura