

REINSCRIÇÃO

Taxa de inscrição e anuidade

Para solicitar o boleto referente à taxa de inscrição e anuidade faz-se necessário acessar o *link* <http://www.crp23.org.br/informacoes/boletos>.

Documentação necessária

- * Comprovante de pagamento da taxa de inscrição e anuidade. Não é aceito Agendamento de Pagamento;
- * Requerimento. Se a documentação for entregue por terceiros/Correios a assinatura deverá ter reconhecimento de firma;
- * Duas fotos 3x4 idênticas, recentes e em bom estado de conservação;
- Certidão de Quitação Eleitoral
- * Cópia autenticada da Carteira de Identidade Profissional
- * Cópia autenticada do CPF
- * Cópia autenticada do Título Eleitoral
- * Cópia autenticada da Certidão de Casamento
- * Cópia autenticada do Comprovante de Endereço recente (água, energia ou telefone). Se o comprovante não estiver no nome do requerente deverá ser apresentada também Declaração de Residência, devendo a assinatura ter reconhecimento de firma;
- * Cópia autenticada do Certificado de Reservista Militar ou de Dispensa de Incorporação;
- * Cópia autenticada do Diploma de Formação de Psicólogo autorizado pelo órgão ministerial competente constante em lista do MEC.

Informações importantes

- * Somente será protocolada a solicitação com documentação completa;
- * A Carteira de Identidade Profissional será retirada somente pelo próprio;
- * O prazo para conclusão do processo é de 30 dias úteis.

Mais informações

(63) 3215-7622 ou registro@crp23.org.br

Requerimento ↓



CRP-23
Conselho Regional de
Psicologia do Tocantins
23ª Região

DADOS PESSOAIS	NOME: _____ _____ DATA DE NASCIMENTO: _____/_____/_____ SEXO: () MASCULINO () FEMININO NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO () SEPARADO () DIVORCIADO () UNIÃO ESTÁVEL NOME DO PAI: _____ NOME DA MÃE: _____ CPF Nº: _____ RG Nº: _____ ÓRGÃO EXPEDIDOR: _____ DATA DE EMISSÃO _____/_____/_____ TÍTULO ELEITORAL Nº: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA	LOGRADOURO: _____ _____ BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____ TELEFONES(S): (_____) _____ E-MAIL: _____
FORMAÇÃO	NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____ _____ DATA DA FORMATURA: _____/_____/_____ UF: _____ NATUREZA DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: () PARTICULAR () MUNICIPAL () ESTADUAL () FEDERAL DATA DO DIPLOMA: _____/_____/_____ REGISTRO Nº: _____ LIVRO Nº: _____ FOLHA Nº: _____ ÓRGÃO: _____
REQUERIMENTO	DECLARA SEREM VERDADEIROS SEUS DADOS AQUI CONSTANTES E REQUER SUA REINSCRIÇÃO NESTE CONSELHO, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR. DECLARA TAMBÉM ESTAR CIENTE DE SUA OBRIGAÇÃO DE MANTER ATUALIZADOS OS DADOS AQUI REGISTRADOS E QUE NÃO EXERCEU A PROFISSÃO DURANTE O PERÍODO EM QUE ESTEVE IMPEDIDO EM VIRTUDE DO CANCELAMENTO DE SUA INSCRIÇÃO. NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO. PALMAS-TO, _____ DE _____ DE 20 _____. _____ ASSINATURA POR EXTENSO (ESPAÇO RESERVADO PARA USO DA SECRETARIA DO CRP NO VERSO)