



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO - TÉCNICO

INTERESSADO(A)	Nome:			Nº de inscrição no CRBM-6:		
	Naturalidade:			Estado:		
	Nacionalidade:		Estado Civil:	Sexo:		Data de Nascimento:
	Nome do pai:			Nome da mãe:		
	RG/RNE:		Data de expedição:	Órgão Expedidor:		CPF:
	Título de eleitor nº:		Zona:	Seção:	UF:	Certificado de reservista nº:
ENDERECO 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 (haverá cobrança de taxa de remessa):					
	Rua, Av., Tv., etc.:				Nº:	
	Complemento:			Bairro:		
	Município:			UF:	CEP:	
	<input type="checkbox"/> IREI PESSOALMENTE RETIRAR MEUS DOCUMENTOS		<input type="checkbox"/> AUTORIZO ENTREGA A TERCEIRO			
		NOME:		RG:		
Graduado(a) pelo(a) (nome da instituição de ensino):						
Nome do curso:			Habilitado(a) em (se houver):			
DECLARO QUE LI E CONFERI OS DADOS ACIMA, QUE SÃO AUTÊNTICOS AOS DOCUMENTOS APRESENTADOS, E SERÃO IMPRESSOS EM MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.						
REQUEIRO à Presidência do Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região minha inscrição profissional, nos termos da Resolução CFBM nº 201, de 25 de agosto de 2011.						
Local e data _____, ____/____/____						
ATENÇÃO, A FOTO DEVERÁ OBEDECER AO PADRÃO 3X4, COM FUNDO BRANCO.						

Foto 3x4

Polegar direito

Polegar direito (Repetir)

Assinatura (Não ultrapassar as bordas)

--

--

--

--