



CANCELAMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL TECNÓLOGO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE BIOMEDICINA 2ª REGIÃO
Jurisdição: BA, SE, AL, PE, PB, RN, CE, PI, MA
Rua Gervásio Pires, 1074 - Soledade - Recife - PE - CEP 50050-070
Fone: (81) 3222.3200 / 3221.1245 - Fax: (81) 3221.1080
www.crbm2.gov.br

Uso do CRBM 2	
Prot.n.º _____	Data _____
/_____/_____	
CRBM 2 n.º _____	
Livro _____	Folha _____

Eu, _____
registrado(a) no CRBM 2ª Região sob o n.º _____, nacionalidade _____,
natural de _____, UF _____, estado civil _____,
RG n.º _____, Órgão Emissor _____, Data de Nascimento ____/____/____,
CPF n.º _____, residente à _____
n.º _____, apto _____, bloco _____, bairro _____, estado _____,
cidade _____ CEP _____, Fone () _____,
e-mail _____

Declaro, para os devidos fins de direito, que não estou exercendo qualquer atividade relacionada à área que envolva atribuições as quais possuo registro no CRBM 2, conforme previsto na Resolução do CFBM n.º 202, de 25 de agosto de 2011.

Estou ciente também de que a omissão em documento público de declaração que dele devia constar ou nele inserir ou a inserção de declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante caracteriza o crime de falsidade ideológica tipificado no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, punível com reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa.

Responsabilizando-me por essas informações, **REQUEIRO** ao Presidente do CRBM 2ª Região a suspensão de meu registro profissional por não estar exercendo a profissão.

Neste ato entrego: () Cédula de Identidade Profissional.
() Certidão de Registro Provisório.
() Boletim de Ocorrência.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura com firma reconhecida