



CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECOMIA 11ª REGIÃO
Tv. Padre Ghisland, 140 – Centro – Fone: (92) 3233-0918/ 99222-6668
Manaus – AM CEP: 69010-040

Observação: É necessário TRANSCREVER o modelo abaixo, colocando as suas informações pessoais. Não será aceito o modelo simplesmente impresso e preenchido.

EXMO (a). Sr (a). Presidente do Conselho Regional de Biblioteconomia da 11ª Região dos estados de Acre, Amazonas, Rondônia e Roraima

DECLARAÇÃO

Eu, _____
portador (a) do RG _____ e do CPF _____,
Nacionalidade _____, Naturalidade _____,
Estado civil _____, Endereço residencial: (Rua/Av/Trav)

nº _____, Complemento _____, Bairro _____,
Cidade _____, Estado _____, CEP _____,
Tel:(____)_____ Celular:(____)_____ e-mail _____,
declaro sob as penas da lei que não irei exercer a profissão de bibliotecário durante o período de cancelamento do meu registro profissional nº _____ e que se caso voltar a exercê-la, deverei comunicar imediatamente ao CRB-11 para fins de reintegração. Tenho ciência de que deverei ser autuado e multado pelo exercício ilegal da profissão, caso venha a exercer quaisquer das atividades inerentes à profissão de bibliotecário, conforme art. 13 da Resolução CFB Nº 121/2011, durante a vigência do cancelamento.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)