**Observação: Preencher o documento abaixo, colocando as suas informações pessoais. Após o preenchimento, realizar a ASSINATURA ELETRÔNICA USANDO O SISTEMA GOVERNO DIGITAL DO GOV.BR (após realizado, apague esta observação)**

**DECLARAÇÃO**

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

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 registo 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 Resolução CFB Nº 274/2024, durante a vigência do cancelamento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ de 20--.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura Digital Gov.BR