

DECLARAÇÃO DE CANCELAMENTO

Eu, _____,

CRESS 16ª Região Nº _____, declaro ao Conselho Regional de Serviço Social 16ª Região, para os fins que se fizerem necessários e especialmente para efeito de cancelamento de minha inscrição, que:

1. Não estou exercendo qualquer atividade, função ou cargo que envolva o exercício da profissão de Assistente Social;
2. Declaro, ainda, que estou ciente de que não poderei exercer atividades na área de Serviço Social, após o cancelamento de meu registro profissional, sob pena de sujeitar-me às sanções previstas pela Lei 8.662/93;
3. Declaro, também que estou ciente de que os débitos, por ventura existentes, anteriores a data do pedido de cancelamento da inscrição serão devidos e cobrados pelas vias administrativas e/ou judiciais;
4. Declaro, por fim, que estou ciente de que o deferimento da solicitação de cancelamento somente se efetivará se o/a assistente social não estiver respondendo a processo ético e/ou disciplinar.

E por ser verdade firmo a presente, sob as penas da Lei.

Maceió, ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) Assistente Social
CRESS 16ª Região Nº _____