# **-DADOS CADASTRAIS PESSOAIS-**

Envie uma via preenchida e assinada

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo | | | | | | | |
| Filiação – PAI: | | | MÃE: | | | | |
| Data de Nascimento (dd/mm/aaaa) | Estado Civil:  Casado  Solteiro  Separado  Viúvo | | | | | | |
| Natural da Cidade de: | | | Estado: | | Nacionalidade: | | |
| Carteira de Identidade RG Nº: | | Expedida em (dd/mm/aaaa): | | Expedida por: | | | |
| CPF/MF Nº: | | Título de Eleitor Nº: | | | Zona: | | Seção: |
| Endereço Residencial: | | | | | | | |
| Complemento: | | | Bairro: | | | | |
| CEP: | | Cidade: | | | | | Estado: |
| Nome da Empresa: | | | | | | | |
| Endereço Comercial: | | | | | | | |
| CEP: | | Cidade: | | | | | Estado: |
| Telefone Residencial (ddd + nº): | | Telefone Comercial (ddd + nº): | | | Celular (ddd + nº): | | |
| E-mail: | | | Homepage: | | | | |
| Escola de Formação: | | | | | | Data de Colação de Grau (dd/mm/aaaa) | |

**Endereços alternativos para correspondência:**

|  |
| --- |
| Endereço 1 (endereço, CEP, Cidade, Estado): |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LOCAL: | DIA: | MÊS: | ANO: |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Assinatura do Requerente

**-REQUERIMENTO-**

Envie uma via preenchida e assinada

**Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Estatística da 4ª Região:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: | | | | | | | | | | |
| Nacionalidade: | Natural de: | | | | | Estado | | | | Registro conre nº |
| Estado Civil:  Casado  Solteiro  Separado  Viúvo | | | | | | Data de Nascimento (dd/mm/aaaa): | | | | |
| Endereço Residencial: | | | | | | | | | | |
| CEP: | | | Cidade: | | | | | | Estado: | |
| Filiação – PAI: | | | | | | | MÃE: | | | |
| Requer a V.Sa. se digne conceder-lhe a **transferência do registro profissional** de ESTATÍSTICO para a jurisdição deste CONRE4, com base no que dispõe a legislação vigente.  N.Termos  P.Deferimento | | | | | | | | | | |
| LOCAL: | | DIA: | | MÊS: | ANO: | | | ASSINATURA DO REQUERENTE: | | |

Anexar

● Comprovante de regularidade emitido pelo CONRE de origem;

● Comprovante do **novo endereço residencial**;

● Cópia da identidade e CPF;

● Cópia da Carteira de Estatístico;

● 02 fotos 3x4.

**Principal endereço para comunicação:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Endereço Residencial: | | | |
| Complemento: | | Bairro: | |
| CEP: | Cidade: | | Estado: |
| TELEFONE: | | E-MAIL: | |