



**Identificação do (a) Profissional**

NOME COMPLETO		Nº DE REGISTRO NO CREF4/SP	
CPF	EMAIL	TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD	
ENDEREÇO COMPLETO		TELEFONE CELULAR COM DDD	
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP

**Identificação da Pessoa Jurídica**

RAZÃO SOCIAL (de acordo com o CNPJ e Atos Constitutivos)		Nº DE REGISTRO DA PESSOA JURÍDICA NO CREF4/SP	
Nº DO CNPJ	EMAIL	TELEFONE COM DDD	
ENDEREÇO COMPLETO (de acordo com o CNPJ e Atos Constitutivos)			
BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP

Eu, Profissional de Educação Física acima identificado, venho, por meio deste documento, requerer:

- Cancelamento da Responsabilidade Técnica;**
- Cancelamento da Responsabilidade Técnica e Desligamento do Quadro Técnico;**
- Desligamento do Quadro Técnico.**

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

Espaço reservado para preenchimento do CREF4/SP