



**REQUERIMENTO DE INTERRUÇÃO TEMPORÁRIA DO PAGAMENTO
DE ANUIDADE POR MOTIVO DE DOENÇA**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Psicologia 2ª Região – CRP02,

Eu, _____, C

CEP: _____, telefone Residencial: () _____ - _____,

Comercial: () _____, Celular: () _____, e-mail

_____, venho **requerer** a concessão de interrupção temporária do pagamento de anuidade por motivo de doença.

Para tanto, declaro que:

() a doença pela qual **estou acometido(a)** impedirá meu exercício profissional pelo prazo provável de ____/____/____ a ____/____/____, conforme descrito no atestado de profissional da saúde, em anexo, emitido pelo profissional da área _____, inscrito no Conselho de Classe sob o número ____/____.

() a doença pela qual **estive acometido(a)** impediu meu exercício profissional pelo período de ____/____/____ a ____/____/____, conforme descrito no atestado de profissional da saúde, em anexo, emitido pelo profissional da área _____, inscrito no Conselho de Classe sob o número ____/____.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e pela veracidade dos documentos apresentados, sob as penas da lei, assino o presente documento e aguardo deferimento.

Recife, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do(a) Declarante

