

REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE ANUIDADE POR MOTIVO DE LICENÇA MATERNIDADE*

Eu, _____,
CRP 09 / _____, residente à Rua/ Av. _____,
Quadra: _____, Lote: _____, Nº: _____, Complemento: _____,
Setor: _____, Cidade: _____, UF: _____,
CEP: _____, telefone Residencial: () _____-_____, Comercial: ()
_____ - _____, Celular: () _____ - _____, e-mail _____,

venho, por meio deste, **requerer** a concessão de isenção do pagamento da anuidade correspondente ao período de gozo da Licença Maternidade, conforme Resolução CFP-20/2018 e alterações posteriores, gozada no período de ____/____/____ a ____/____/____ (limitado a 120 dias).

Para tanto, apresento os seguintes documentos:

1. Cópia da Carteira de Identidade Profissional de Psicóloga(o)-CIP;
2. Cópia da Certidão de Nascimento de minha/meu filha/filho:

*ESTE BENEFÍCIO DEVERÁ SER REQUERIDO EM ATÉ 12 MESES DO NASCIMENTO OU ADOÇÃO LEGAL DA CRIANÇA.

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.

_____ de _____ de 202____.

Assinatura