

**REQUERIMENTO PARA DESCREDENCIAMENTO
DA ATIVIDADE PROFISSIONAL**

Nome:.....
RG:..... CPF:.....
Endereço:.....
N.º..... Complemento:.....Bairro:
Município:..... CEP:
Telefones: (.....).....E-mail:

O requerente acima identificado solicita credenciamento na(s) atividade(s) abaixo indicada(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diretor Geral de CFC | <input type="checkbox"/> IVD – Identificador Veicular Documental |
| <input type="checkbox"/> Diretor de Ensino de CFC | <input type="checkbox"/> Despachante de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Instrutor prático de CFC | <input type="checkbox"/> IVD – Identificador Veicular Documental |
| <input type="checkbox"/> Instrutor teórico de CFC | <input type="checkbox"/> Preposto de Despachante de Trânsito |
| <input type="checkbox"/> Médico Perito de CFC | <input type="checkbox"/> Leiloeiro |
| <input type="checkbox"/> Psicólogo Perito de CFC | <input type="checkbox"/> Intérprete de Libras |

Declaro estar de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN/RS para credenciamento e estar ciente de que minhas atividades serão encerradas após autorização da Autarquia.

DATA:.....

Assinatura do requerente (Enviar/anexar documento oficial) Vide manual: Tipos de assinaturas: