



SISTEMA CFB/CRB  
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA DA 10ª REGIÃO  
Rua José de Alencar, 630 sala 401 - CEP:90880-480 - Fone 3232-2880 / 3232-2856 - Porto Alegre/RS  
[crb10@crb10.org.br](mailto:crb10@crb10.org.br) [www.crb10.org.br](http://www.crb10.org.br)

Ao  
CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA DA 10ª REGIÃO  
Sr(a) Presidente

.....  
(nome )

..... filho de.....  
(estado civil) (nacionalidade ) ( nome do pai)

e de....., nascido em.....  
(nome da mãe) (cidade)

em.....de.....de....., residente .....  
(dia) (mês) (ano) (rua)

.....nº..... apto..... CEP.....

.....Fone.....Celular.....  
Cidade/Estado

E-mail.....,

diplomado pela.....em ...../...../.....

devidamente registrado no Ministério da Educação e Cultura sob o nº....., fl.....,

Livro....., em ...../...../.....vem requerer a V.Sa. seu Registro Definitivo nesse Conselho Regional de Biblioteconomia da 10ª Região e a expedição da respectiva carteira de Identidade Profissional, de acordo com a legislação em vigor, para o que junto o respectivo Diploma e demais documentos exigidos em Lei.

Nestes Termos  
Pede Deferimento.

Porto Alegre-RS, .....de.....de.....

.....  
(Assinatura)