



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 www.crb10.org.br

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

.....
(nome)

(estado civil)....., (nacionalidade)

Filho (a) de.....e de
.....

nascido em.....emde.....de,residente (rua, av.)

.....nº apto.....CEP.....

Fone.....Celular.....

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 Secundário** 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)