



SISTEMA CFB/CRB

CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECOMIA 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 BIBLIOTECOMIA DA 10ª REGIÃO  
Sr(a). Presidente

PROCESSO N:

DATA:

....., CRB-10/.....,  
(Nome)

Brasileiro,....., .....  
(Estado Civil) (Endereço)

....., n° ....., apto .....complemento .....

CEP....., .....  
(Cidade/Estado) (Telefone) (Celular)

.....  
(E-mail)

Vem requer a este Conselho

( ) CANCELAMENTO

Do seu Registro pelo motivo de: .....

.....

.....

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

Nestes termos, peço deferimento.

DEFERIDO  
REUNIÃO PLENÁRIA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....  
Assinatura CRB-10/.....

\_\_\_\_\_  
Presidente CRB-10/.....