



**REQUERIMENTO PARA
INTERRUPÇÃO
DE REGISTRO PROFISSIONAL**

DATA ____/____/____

Nº MATRICULA FUNCIONAL

Nome

Título

CREA Nº

CPF

Endereço completo

Bairro

Município

UF

Telefone

E-Mail

DAS DECLARAÇÕES

1. Declaro que não exercerei atividade na área de sua formação profissional no período compreendido entre a data do requerimento de interrupção e a da reativação do registro.
2. Declaro ainda, não possuir obras/serviços em andamento que necessitem de baixas da ART, bem como pendências e débitos relativos ao exercício profissional.
3. Declaro mais, não ocupar cargo ou emprego para o qual seja exigida formação profissional ou para cujo concurso ou processo seletivo tenha sido exigido título profissional de área abrangida pelo Sistema CONFEA/CREA.
4. Declaro também, que retomarei as atividades profissionais somente quando tiver o meu registro reativado e, que em agindo ao arrepio da Lei estarei sujeito ao que dispõe o Artigo 37 da Resolução 1007/03 do CONFEA que assim estabelece: *“Constatado, durante o período de interrupção do registro, o registro de atividades pelo profissional, este ficará sujeito à autuação por exercício ilegal da profissão e demais cominações legais aplicáveis, cabendo ao CREA suspender a interrupção do registro de imediato, por perda de direito.”*

_____/_____/_____
Local e data

Assinatura do profissional e carimbo

ANEXO, MAIS INFORMAÇÕES A RESPEITO DE INTERRUPÇÃO DE REGISTRO

[Clicar no símbolo ao lado](#)