AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

|  |
| --- |
| DADOS DO profissional |
| Nome completo: |       |
| CPF:  |       | Registro CREF2/RS: |       |
| Celular: | (  )       | E-mail: |       |
| Eu, acima qualificado, autorizo a retirada de minha Cédula de Identidade Profissional junto ao CREF2/RS por: |
| DADOS DO autorizado |
| Nome completo: |       |
| CPF:  |       | Identidade: |       |
|  |
|      ,  |      . |
|  |  |
|  | Assinatura(Reconhecer firma) |
|  |  |
| Obs.: O responsável pela retirada do documento deverá apresentar um documento oficial com foto.A CIP tem fé pública, constituindo Documento de Identidade Civil, conforme dispõe a Lei nº 6206, de 7 de maio de 1975. |