

## REQUERIMENTO DE REGISTRO

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ nos termos da Lei nº 1.411, de 13/8/51, em especial seus artigos 10, alínea “a”, 14, 15, 16, do Decreto nº 31.794, de 17/11/52, e artigos 4º, I, e 5º da Resolução nº 1.945/2015 do Conselho Federal de Economia, o(a) Bacharel abaixo identificado(a) venho REQUERER a esse CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA o seu Registro, anexando a este Requerimento assinado toda documentação necessária para tal finalidade.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Data de Emissão Título: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F Tipo Sanguíneo/Fator RH: \_\_\_\_\_ Raça (cor): \_\_\_\_\_

Doador de órgãos e tecidos: ( ) sim ( ) não

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Telefone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Empresa em que trabalha: \_\_\_\_\_ Ramo de Atividade: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Atividades exercidas: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ - Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Redes Sociais: \_\_\_\_\_

Endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial

**DIPLOMA:** ( ) SIM ( ) NÃO

**UNIVERSIDADE/FACULDADE:** \_\_\_\_\_

Nome do Curso: \_\_\_\_\_

Data de Conclusão Curso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Datada Colação de Grau: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Nível de Escolaridade:

( ) Ensino Superior Completo

( ) Pós Graduação qual? \_\_\_\_\_

( ) Mestre qual? \_\_\_\_\_

( ) Doutor (a) qual? \_\_\_\_\_

( ) Pós Doutor(a) qual? \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_ portador(a) do CPF nº \_\_\_\_\_ declaro, para os devidos, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados ao Corecon/CE, para solicitar o **REGISTRO DE ECONOMISTA**, são fiéis à verdade e condizentes com a realidade. Fico ciente que a falsidade desses documentos ou dessa declaração configuram crimes, previstos nos artigos 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração junto ao Poder Judiciário. O subscritor declara estar ciente da obrigatoriedade do recolhimento das anuidades futuras decorrente deste registro, cuja responsabilidade cessará somente com a formalização do meu pedido de cancelamento do registro e seu deferimento por esse Conselho, assim como, comprometo-me a atualizar os dados acima descritos, em especial, o endereço para correspondência e telefone para contato, sempre que alterados. Declaro ainda que estou ciente de que a não atualização dos dados cadastrais isentará o Corecon/CE da responsabilidade do extravio de correspondências que venham a ser encaminhadas em meu nome. Caso o presente requerimento seja formulado sem a apresentação do diploma, declaro ainda, estar ciente do prazo de um ano para a sua apresentação a esse Conselho, que, caso não seja concretizada no referido prazo, implica a solicitação de prorrogação do prazo por mais um ano, mediante apresentação da certidão da instituição de ensino superior, com as razões que impediram a expedição do documento, nos termos do § 7º do artigo 5º da Resolução nº 1.945/2015 do Cofecon. Por fim, **autorizo** o tratamento dos dados pessoais acima informados para finalidade específica de cumprimento de obrigação legal ou regulatória, além de uso compartilhado com outros agentes de tratamento de dados, observados os princípios e as garantias previstas em lei, e para o exercício regular de direitos em processo judicial, administrativo, inclusive para quando voltados à proteção do crédito, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
(Local/Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Digital

Foto 3x4

**Preenchimento exclusivo do Conselho:**

Sede ( ) ou ( ) Delegacia: \_\_\_\_\_  
Registro número \_\_\_\_\_