



REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO PROFISSIONAL – ASTEGO

Exma. Sra. Presidente da **ASTEGO**, o profissional abaixo qualificado vem requerer a interrupção de seu registro neste Conselho referente ao título abaixo citado, pelo motivo que segue:

Nome: _____

N.º Registro ASTEGO: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ UF: _____

E-mail: _____

Motivo da interrupção de registro: _____

DECLARA ainda:

I - não exercer atividades da área de **Imobilizações Ortopédicas** das profissões abrangidas neste Sistema ASTEGO durante o período de interrupção do registro ora requerido;

II - não ocupar cargo ou emprego para o qual seja exigida formação profissional ou para cujo concurso ou processo seletivo tenha sido exigido título profissional da área de **Imobilizações Ortopédicas**;

III - não constar como autuado em processo por infração aos dispositivos do Código de Ética Profissional, em tramitação no Sistema ASTEGO;

IV - estar ciente de que ao retornar ao exercício profissional da área **Imobilizações Ortopédicas** abrangida neste sistema ASTEGO restabelecerá a regularidade administrativa do registro, antes do início das atividades;

V - estar ciente de que, mesmo estando com seu registro interrompido, poderá sofrer ações decorrentes de seus atos praticados durante o período em que esteve com registro ativo, podendo ser responsabilizado pelos atos consoante desfecho das eventuais apurações, com punições pecuniárias ou não;

Documentação anexa: Cópia da CTPS – **Página Foto – Página Qualificação Social – Página do Último Registro e Página Posterior ao Último Registro**

(assinalar X) Outros: _____

_____, de _____ de _____.
(Cidade) **(Data)**

Assinatura do Solicitante