



**CONSELHO REGIONAL DE BIBLIOTECONOMIA 6º REGIÃO**

Avenida Afonso Pena, 867/ sl. 1111 e 1112 – Centro Fone – (31) 3222-4087/3224-8355  
Belo Horizonte – MG CEP: 30130-002

Exmo.(a) Sr.(a) Presidente do Conselho Regional de Biblioteconomia - 6ª  
Região

CRB-6 – Minas Gerais e Espírito Santo

**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO POR FALECIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador (a) do RG \_\_\_\_\_ e do  
CPF \_\_\_\_\_, Nacionalidade \_\_\_\_\_,  
Naturalidade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_,  
Endereço residencial: (Rua/Av/Trav) \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,  
Estado \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_.  
Tel: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_, vem requerer  
o Cancelamento do Registro Profissional do (a) bibliotecário (a)  
\_\_\_\_\_  
Registrado sob o nº \_\_\_\_\_, por motivo **falecimento**.

Declaro sob as penas da lei que possuo o seguinte parentesco com o  
profissional: \_\_\_\_\_.

Nestes termos, pede deferimento.

..... de ..... de .....

Conselho Federal de Biblioteconomia

Conselhos Regionais de Biblioteconomia  
(assinatura)