



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 CERTIDÃO DE REGISTRO SECUNDÁRIO

Eu, _____ portador (a) do RG _____ e do CPF _____, Nacionalidade _____, Naturalidade _____ Estado civil _____, neste ato representando a empresa _____ com sede/filial no Endereço: (Rua/Av/Trav) _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, Estado _____, CEP _____, nº _____, Tel: (____) _____ Celular: (____) _____ e-mail _____, venho por meio deste requerer o *Registro Secundário* junto ao CRB-6, em virtude do exercício das atividades de biblioteconomia e documentação de forma simultânea na jurisdição do CRB-__.

Nestes termos, pede deferimento.

..... de de

.....
(assinatura)



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

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE EMPRESAS OU INSTITUIÇÕES QUE PRESTAM, EXECUTAM OU EXERÇAM SERVIÇOS OU ATIVIDADES DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO.

(De acordo com a Resolução do CFB nº 185/17)

1- Identificação da Empresa / Instituição:.....
.....
.....

Endereço:.....
(Rua / Av, Bairro)

Cidade:.....UF:..... CEP.....

Caixa Postal:.....DDD: (.....) Telefone:.....

Dirigente(s) da Empresa / Instituição:.....
.....
.....

2- Relação das funções ou atividades técnicas na área de Biblioteconomia e Documentação:.....
.....
.....

3-Responsável(eis) Técnico(s) da Empresa / Instituição, na área de Biblioteconomia e Documentação:

Nome:.....CRB-.../.....

Nome:.....CRB-.../.....

4- Profissionais integrantes do quadro técnico da Empresa / Instituição na área de Biblioteconomia e Documentação e seu(s) respectivo(s) registro(s) no CRB-.../.....:
.....
.....

5- Profissionais integrantes do quadro técnico da Empresa/ Instituição em áreas afins:
.....
.....
.....

6-Filial(ais) em outra(s) jurisdição(ões):.....

Endereço:.....
(Rua / Av, Bairro)

.....
.....



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

Cidade:.....UF:.....CEP:.....-

Caixa Postal:..... DDD: (.....)

Telefone:.....

Falar com:.....ramal:.....Setor:.....

Nome:.....CRB-../.....

Nome:.....CRB-../.....

Nome:.....CRB-../.....

7- Informante/responsável

Nome:.....

....

Cargo/

Função:.....

Data:/...../.....

Assinatura:.....

A Empresa/Instituição deverá comunicar as alterações contratuais ou estatutárias, inclusive mudança de endereço, admissão ou dispensa de Bibliotecário (a) responsável.

Sistema CEB / CRBs
Conselho Federal de Biblioteconomia
Conselhos Regionais de Biblioteconomia