



AO CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA – 7ª REGIÃO/SC

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA FÍSICA
PROFISSIONAL DE COMÉRCIO EXTERIOR**

Eu, _____, portador(a) do CPF nº _____ nos termos da Lei n.º 1.411, de 13/08/51, em especial seus artigos 10, alínea “a”, 14, 15, 16, do Decreto n.º 31.794, de 17/11/52, e da Resolução nº 1.945, de 30 de novembro de 2015 do Conselho Federal de Economia, o(a) Bacharel abaixo identificado(a) venho REQUERER a esse CONSELHO REGIONAL DE ECONOMIA o seu Registro de **Profissional de Comércio Exterior**, anexando a este Requerimento toda documentação necessária para tal finalidade.

Nome: _____ CPF: _____

End. Residencial: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ SC: _____ Cep: _____

Tel. Residencial: () _____ Cel.: () _____

E-Mail: _____

End. Profissional: _____

Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ SC: _____ Cep: _____

Tel.Comercial:() _____ Cel. Com.:() _____

E-Mail comercial: _____

Permite receber newsletter? () sim () não

End. correspondência: () Residencial () Comercial

RG: _____ Órgão: _____ U.F. _____ Data Emissão: ____ / ____ / ____

Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____

Município/SC: _____ Data de Emissão Título: ____ / ____ / ____

Sexo: ()M ()F

Raça (cor): _____ Data/Nascimento: ____ / ____ / ____

Naturalidade/SC: _____ Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____ Nome do Cônjuge: _____

Nome do Pai: _____

Nome da Mãe: _____

Certificado de reservista nº: _____ CSM: _____

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

Tipo Sanguíneo/Fator RH: _____

Deficiência física: () sim () não / Se sim, qual? _____

Empresa em que Trabalha: _____

() Pública () Privada / Ramo de Atividade: _____

Cargo: _____ Atividades exercidas: _____

UNIVERSIDADE/FACULDADE:

Nome do Curso: _____

Ano de Conclusão: _____ Datada da Colação de Grau: ____ / ____ / ____

DIPLOMA: () SIM () NÃO / Datada de Emissão do Diploma: ____ / ____ / ____

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/SC, para solicitar o **REGISTRO DE PROFISSIONAL DE COMÉRCIO EXTERIOR**, 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. Declaro ainda, que estou ciente de que a não atualização dos dados cadastrais isentará o Corecon/SC da responsabilidade do extravio de correspondências que venham a ser encaminhadas em meu nome. Declaro ainda estar ciente da **obrigatoriedade do recolhimento das anuidades futuras decorrente deste registro**, cuja responsabilidade cessará somente com a formalização do pedido de cancelamento e seu deferimento pelo Corecon/SC, nos termos das normas legais vigentes à época do pedido. Declaro, também, que **me comprometo** a atualizar os dados acima descritos, em especial, o endereço para correspondência, e-mail e telefone(s) para contato. 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).

Assinatura do Profissional

Preenchimento exclusivo do Conselho

Proc. Adm.: _____ Registro Nº _____ Sede () ou () Delegacia: _____

Tipo de Registro: _____ Livro de Registro: _____ Folha: _____