



**CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS
NO ESTADO DE SÃO PAULO
CORE-SP**

REQUERIMENTO DO PEDIDO DE CANCELAMENTO

ILMO SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DOS REPRESENTANTES COMERCIAIS NO ESTADO DE SÃO PAULO

PREZADOS SENHORES,

Eu, _____

Representante Comercial Autônomo

Responsável Técnico

devidamente registrada (o) neste Conselho Regional sob nº _____

VENHO ATRAVÉS DO PRESENTE INSTRUMENTO, REQUERER O CANCELAMENTO DO REGISTRO CITADO ACIMA.

ESTANDO CIENTE DE QUE PARA SER EFETIVADO O CANCELAMENTO DO MEU REGISTRO DE PESSOA FÍSICA É NECESSÁRIO:
1) A DEVOLUÇÃO DA CARTEIRA E/OU CÉDULA PROFISSIONAL;

ESTANDO CIENTE DE QUE PARA SER EFETIVADO O CANCELAMENTO DO MEU REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA É NECESSÁRIO:
1) A DEVOLUÇÃO DO CERTIFICADO DE REGISTRO;

RESERVADO PARA PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO CORE-SP

DECLARO ESTAR CIENTE DOS DÉBITOS VINCULADOS AO MEU REGISTRO PERANTE O CORE-SP, ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DO PEDIDO DE CANCELAMENTO.

PERÍODO DE DÉBITO DAS ANUIDADES _____ A _____

VALOR TOTAL DO DÉBITO ATÉ A PRESENTE DATA R\$ _____, VALOR SUJEITO A CORREÇÃO

E informo os dados de contato abaixo:

e-mail: _____

telefone: _____

Ciente de que a declaração falsa caracteriza o crime de falsidade ideológica, previsto no Código Penal Brasileiro, sujeitando o agente à pena de reclusão. Importará, também, na inexistência de todos os atos e fatos processuais decorrentes na sua apresentação.

Ciente de que os dados por mim informados são apenas para identificação, contato e atendimento da minha solicitação, e serão tratados de acordo com o disposto na Política de Privacidade, presente no endereço eletrônico www.core-sp.org.br.

Nestes Termos
P. Deferimento

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura