AMPLIAÇÃO DE ATRIBUÇÕES PROFISSIONAIS

É assegurado ao(à) profissional da química de nível superior o direito de ampliar as suas atribuições profissionais, mediante complementação curricular cursada em estabelecimento oficialmente reconhecido. A referida ampliação dar-se-á, proporcionalmente, em função das disciplinas cursadas, conforme RN 96 do CFQ.

É competência legal do CFQ a definição e ampliação das atribuições profissionais, conforme currículo escolar (graduação e pós-graduação *Latu Sensu* e *Stricto Sensu*). A solicitação de exame de currículo, para definição das atribuições profissionais, será feita pela parte de interesse ao CFQ, por meio do CRQ de sua jurisdição, conforme RN 167 do CFQ.

Documentos necessários:

- Requerimento devidamente preenchido (formulário disponível abaixo);
- Cópia autenticada ou simples e original do Histórico Escolar contendo as disciplinas cursadas;
- Conteúdo programático e/ou ementário das disciplinas cursadas;
- Cópia autenticada ou simples e original do Histórico Certificado de conclusão do curso de pós-graduação.

CRQ-19 PARAÍBA
SISTEMA CFQ/CRQs
LEI Nº 2.800 DE 18 DE JUNHO DE 1956

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA 19ª REGIÃO – CRQ XIX
Autarquia Federal criada pela Resolução Normativa Nº 192 do CFQ em 19/12/2003
Rua Presidente Kennedy, 500 - Tambauzinho - João Pessoa - PB - CEP: 58042-180
CNPJ 06.186.786/0001-60

FORMULÁRIO DE AMPLIAÇÃO DE ATRIBUIÇÕES PROFISSIONAIS

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Química da 19ª Região, nos termos da lei 2.800 de 18 de junho de 1956, venho requerer a ampliação de minhas atribuições profissionais.

Identificação Profissional:

Nome:	CPF:
Registro CRQ:	Titulo da habilitação atual:

Instituição de Ensino:

Nome:	Cidade/UF:
Curso:	Data diploma:

Endereço Residencial:

Logradouro:	Nº	Bairro:
Complemento:	Cidade/UF:	CEP:
Telefone fixo/DDD:	Celular/DDD:	Recado/DDD:
E-mail		

Atuação Profissional:

Vinculo: Sócio-proprietário ( )	Prestador de serviço ( )	Empregado ( )
Nome da empresa:	Telefone fixo/DDD:	
Cargo:	Admissão:	
Logradouro:	Nº	Bairro:
Complemento:	Cidade/UF:	CEP:

Nesses termos solicito deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.
Local dia mês ano

_____
Assinatura do(a) Requerente