



**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 18ª REGIÃO MT**  
Rua 40, 120, Boa Esperança - CEP 78068-536 – Cuiabá/MT  
Fone (65) 3627-7188 - Site: www.crpmt.org.br - E-mail: crpmt@crpmt.org.br

## REQUERIMENTO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

Senhor(a) Presidente do Conselho Regional de Psicologia da 18ª Região MT, Eu, \_\_\_\_\_, psicóloga(o) inscrita(o) neste Conselho sob o nº CRP \_\_\_\_\_ vem requerer o Título Profissional e o registro de Especialista, juntando para tanto a documentação abaixo mencionada:

### Situação 1 - Psicóloga(o) aprovado em concurso de provas e títulos.

Documento comprobatório de aprovação em exame teórico e prático promovido pelo Conselho Federal de Psicologia.

### Situação 2 - Psicóloga(o) que realizou curso de especialização na área.

Certificado ou Diploma de Conclusão de Curso de Especialização.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da(o) Requerente

### PREENCHIMENTO PELO CRP

Anuidade / Taxas de pagamento <b>Sim</b> <b>Não</b> Data do pagamento ____ / ____ / ____ _____ Funcionária(o) da Sede	Parecer favorável ao deferimento na plenária número _____ realizada em ____ / ____ / ____ , sob o número de processo _____ _____ Conselheiro(a) Presidente
---	--