**SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL**

Eu, [INSERIR NOME COMPLETO, SEM ABREVIAÇÕES OU SUPRESSÕES], nacionalidade [INSERIR NACIONALIDADE], Arquiteto(a) e Urbanista – CAU/BR Nº [INSERIR NÚMERO DE REGISTRO NO CAU], CPF [INSERIR CPF], por ser verdade, para todos efeitos legais e para fins de cancelamento do meu registro profissional:

* Declaro não ocupar emprego, cargo ou função técnica, no setor público ou privado, para o qual seja exigida formação profissional na área de Arquitetura e Urbanismo ou para cujo concurso público ou processo seletivo tenha sido exigido o registro do profissional no Conselho;
* Declaro que não pretendo mais exercer atividades profissionais na área de Arquitetura e Urbanismo nem fruir das prerrogativas deste título profissional;
* Declaro estar ciente que o cancelamento do registro profissional implica na extinção do vínculo jurídico entre o CAU e eu; que terei meu nome excluído do quadro de profissionais registrados nesta Autarquia e não mais estarei sujeito às disposições da lei de regência da Arquitetura e Urbanismo e do Código de Ética e Disciplina do CAU/BR;
* Declaro estar ciente também que, a partir de agora, estarei proibido de realizar atos ou prestar serviços, públicos ou privados, de atribuição de arquitetos e urbanistas e de usar esse título para fins de exercício profissional;
* Declaro estar ciente de que o cancelamento do meu registro não implica na anistia de débitos existentes com o CAU/MG;
* Declaro estar ciente do versado no Capítulo IV da Resolução 167/2018 do CAU/BR;
* Declaro que são verdadeiros os documentos e informações apresentados junto ao requerimento cadastrado junto ao SICCAU, estando ciente das imputações legais caso não se demonstre a veracidade dos mesmos;

[INSERIR CIDADE], [DIA] de [MÊS, POR EXETENSO] de [ANO].

|  |
| --- |
|  |

[INSERIR NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL]

CAU/BR Nº [INSERIR Nº DE REGISTRO]