**SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO 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], domiciliado à [INSERIR ENDEREÇO COMPLETO, COM NOME DA RUA, NÚMERO, COMPLEMENTO, BAIRRO, CIDADE E ESTADO], por ser verdade, para todos efeitos legais e para fins de reativação do meu registro profissional:

* Declaro que tenho intenção de retomar às atividades profissionais regulamentadas pela Lei Federal 12.378/2010 e pelos atos normativos do CAU/BR;
* Declaro ainda que meus contatos, para comunicação com o CAU/MG, são:

Telefone Fixo: [INSERIR NÚMERO DE TELEFONE, OU INFORMAR ‘NÃO POSSUO’]

Telefone Celular: [INSERIR NÚMERO DE TELEFONE]

Correio Eletrônico: [INSERIR E-MAIL]

* 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;

Ciente das responsabilidades quanto ao acima declarado, firmo a presente.

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

|  |
| --- |
|  |

[INSERIR NOME COMPLETO DO PROFISSIONAL]

CAU/BR Nº [INSERIR Nº DE REGISTRO]