**REQUERIMENTO DE CERTIDÃO**

Eu, **[DIGITE AQUI O NOME COMPLETO]**, CPF **[DIGITE AQUI O  NUMERO DO CPF]**, profissão, residente domiciliado em [DIGITE AQUI O ENDEREÇO], TELEFONE, venho por meio deste, solicitar CERTIDÃO DE SITUAÇÃO CADASTRAL JUNTO AO COFEN em relação aos requisitos exigidos nos incisos VI, VII alínea "a" e VIII do art. 12 da resolução Cofen nº 695/2022 que aprovou o Código Eleitoral do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, em meu nome/em nome de **[DIGITE AQUI O(S) NOME(S) DO(S) REQUERENTE(S)].**

**[DIGITE AQUI A CIDADE DE ORIGEM DO REQUERIMENTO], xx de xxxxx de 2023.**