



CREFITO14

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

Nome: _____

Filiação: Pai _____

Mãe _____

Estado Civil: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Sexo () F () M Naturalidade: _____

Nacionalidade: _____

Universidade: _____

Data de colação de grau: ____/____/____

End. Residencial: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Cep: _____

Tel: () _____ Celular () _____

Email: _____

Solicito a Vossa Excelência, inscrição nos termos da Lei 6.316/75 de 17/12/75 e, ciente da obrigação imposta pela norma do art. 5º da Lei Federal nº 12.514/2011, para exercer na área sob Jurisdição desse Regional a profissão de:

() FISIOTERAPEUTA

() TERAPEUTA OCUPACIONAL

Anexar ao Requerimento cópias autenticadas ou apresentar original e cópia dos seguintes documentos:

- 3 (Três) fotografias 3x4 (recente, de frente, com fundo claro, homens com terno e gravata);



- Diploma original de Fisioterapia / Terapia Ocupacional e cópia frente e verso;
- Carteira de Identidade (Não será aceita Carteira Nacional de Habilitação - CNH);
- CPF;
- Comprovante de endereço atualizado;
- Título de Eleitor;
- Comprovante de voto da última eleição ou justificativa eleitoral;
- Certificado de Reservista (sexo masculino que contar com menos de 40 anos);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (com desquite averbado, quando for o caso).

Atesto, para os devidos fins e sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras. Ainda, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região – CREFITO-14 – a encaminhar toda e qualquer notificação, inclusive as relativas a processos ético-disciplinares (cf. art. 12 da Res. 423/2013 – COFFITO), por via eletrônica, no endereço de e-mail _____, ficando dispensado o envio de notificações físicas por correio ou qualquer outro meio.

Nestes termos.
Peço deferimento.

Local e data

Assinatura do Profissional