



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** dos seguintes documentos:

- 1 (um) fotografia 3x4 (recente, de frente, com fundo claro),
- Carteira de Identidade (Não será aceita Carteira Nacional de Habilitação - CNH),
- Comprovante de endereço.

**Nestes termos.
Peço deferimento.**

Local e data

Assinatura do Profissional