CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 14ª REGIÃO

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTROS REGIONAIS

Dr.(a)_____

devidamente inscrito(a) no CREFITO - |____| sob o nº |_|_|_|_____|__| - |_|____|, portador do C.P.F nº |__|__|__|.|_|_|_____|.|_|_|_|-|_|_|, por estar exercendo a profissão em área de jurisdição do CREFITO-14, e

residindo à: _____

_____ nº |_|_|_|_|_|_|

Complemento _____

Bairro _____

Cidade _____ UF |__|_|

CEP |__|__|__|__|__| - |__|_|_| Fone |_|_| - |_|_|_|_____| - |_|____|__|__|

Celular |__|__| - |__|.|_|____|__|__| - |__|__|__|__|

E-mail

|__|__|__|__|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|

|__|__|__|__|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|_|_|_|_|_|_|_____|_|

Vem mui respeitosamente requerer **transferência** para este Regional, nos termos da Resolução COFFITO-8/78.

NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.

Teresina, _____de _____de _____

_____

(ASSINATURA)

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

- ☐ 02 fotos 3X4 (coloridas, atuais e com fundo branco);
- ☐ ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA do CPF;
- ☐ ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA do RG;
- ☐ ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA do Título de Eleitor;
- ☐ ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA da Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento;
- ☐ ORIGINAL ou CÓPIA AUTENTICADA do comprovante de quitação da anuidade vigente;
- ☐ Certificado de Reservista (sexo masculino com menos de 40 anos);
- ☐ Carteira profissional (livrinho verde);
- ☐ Cédula de identidade profissional.
- ☐ Comprovante de endereço.