

Declaração Individual

PREENCHIMENTO COM LETRA DE FORMA

Eu, _____, declaro exercer com autonomia as funções profissionais de **Fisioterapia** **Terapia Ocupacional**, em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Resoluções COFFITO 424/13, 425/13. E, ter o conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração do local de atuação, mantendo permanentemente atualizados os dados cadastrais.

Declaro ainda que sou o (a) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) DO LOCAL e tenho conhecimento de todas as regulamentações sobre responsabilidade técnica, exaradas pelo COFFITO, CREFITO-8 e demais órgãos competentes.

Declaro ainda que NÃO sou o (a) RESPONSÁVEL TÉCNICO(A) DO LOCAL e que apenas faço parte do quadro profissional.

Preencher os campos abaixo com os dados da empresa:

Nome da Empresa/Entidade: _____

Endereço: _____

_____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ CEP |__|_|__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cidade: _____ Estado: |__|_| Fone: |__|_| |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Celular: |__|_| |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-mail: _____

Site: _____

Dias de trabalho e horário de atendimento individual:

Dias de Trabalho	<input type="checkbox"/> Segunda	<input type="checkbox"/> Terça	<input type="checkbox"/> Quarta	<input type="checkbox"/> Quinta	<input type="checkbox"/> Sexta	<input type="checkbox"/> Sábado	<input type="checkbox"/> Domingo
Horário de Atendimento							

Local e data _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

Nº do Crefito-8: _____