

SOLICITAÇÃO DE APOSTILAMENTO (HABILITAÇÃO INTRADERMOTERAPIA/MESOTERAPIA)

Sr. Presidente do Crefito-8,

Eu, _____
_____,
CPF _____, inscrito(a) no CREFITO-8 nº _____ -F.

Endereço para correspondência:

Rua / Av. _____
_____, N° _____ | Complemento
_____, Bairro _____ | Cidade _____
_____, Estado _____ | CEP
_____-_____
Fones _____ / _____ Celular _____-_____
e-mail _____

Solicita a V.Sa. o credenciamento para a utilização da Intradermoterapia/Mesoterapia, Acórdão Coffito nº 636/23, na área sob jurisdição desse Conselho Regional.

Anexa ao presente:

- Cópia Autenticada do Certificado do curso de formação*, Conteúdo Programático e Professores Responsáveis;
- Carteira de Identidade Profissional (Tipo Livro).

*Observação: Os certificados de conhecimento específico deverão ser emitidos por Instituições de Ensino Superior, Instituições especialmente credenciadas pelo MEC, ou Entidades Científicas Nacionais da Fisioterapia relacionadas às técnicas, e ainda constar a carga horária especificada.

Certo(a) de vossa pronta resposta, subscrevo-me,
Atenciosamente,

Assinatura

Local e data: _____, _____, de _____ de _____.