

SOLICITAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO – FISIOTERAPIA

MODALIDADE SEM PROVA, CURSOS INICIADOS ATÉ 13/07/2010

2º Etapa - DEFERIDO

Ao Ilustríssimo Senhor Presidente do Crefito-8:

Eu, _____

(Nome completo, por extenso em letra de forma, não omitir ou abreviar qualquer nome), CPF _____,
inscrito(a) no CREFITO-8 nº _____ - F, solicito a conclusão do Registro de Especialização em:

- Aquática**, nos termos da Resolução Coffito 443/14.
 Cardiovascular, nos termos da Resolução Coffito 454/15.
 Dermato-funcional, nos termos da Resolução Coffito 362/09 e 394/11.
 Fisioterapia do Trabalho, nos termos da Resolução Coffito 351/08, 403/11 e 465/16.
 Fisioterapia Esportiva, nos termos da Resolução Coffito 395/11.
 Neurofuncional, nos termos da Resolução Coffito 189/98, 396/11.
 Fisioterapia Oncológica, nos termos da Resolução Coffito 397/11.
 Osteopatia, nos termos da Resolução Coffito 220/01, 398/11.
 Quiropraxia, nos termos da Resolução Coffito 220/01, 399/11.
 Respiratória, nos termos da Resolução Coffito 318/06, 400/11.
 Saúde Coletiva, nos termos da Resolução Coffito 363/09.
 Saúde da Mulher, nos termos da Resolução Coffito 372/09, 401/11.
 Terapia Intensiva, nos termos da Resolução Coffito 392/11 e 402/11.
 Traumato-Ortopédica Funcional, nos termos da Resolução Coffito 260/04, 404/11.
 Urogineco-Funcional, nos termos da Resolução Coffito 365/09.

Endereço para correspondência

Rua / Av. _____ Nº _____
Complemento _____ Bairro _____
Cidade _____
Estado _____ CEP _____
Fones _____ / _____ Celular _____
e-mail _____

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

Atenciosamente,

Assinatura

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

Anexar a este requerimento:

- Cartão de identificação (original);
- Carteira Tipo Livro (original);
- Comprovante de pagamento taxa 2º via do cartão de identificação.