

SOLICITAÇÃO DE REINSCRIÇÃO

Ao Ilustríssimo Senhor Presidente do Crefito-8,

CPF :

Nome:

(Nome completo, por extenso em letra de forma, não omitir ou abreviar qualquer nome)

Solicita a V.Sa.:

() **Reinscrição**, nos termos da Lei n. 6.316/75, Resolução Cofpito 8/78, Decreto-Lei 938.

Para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a profissão de:

() **FISIOTERAPEUTA**

() **TERAPEUTA OCUPACIONAL**

Endereço para correspondência (indicar rua, número, bairro, cidade, CEP e telefone):

e-mail:

Endereço Comercial e Telefone(s) com horário(s):

NESTES TERMOS,
PEÇO DEFERIMENTO.

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

Assinatura

Cópia autenticada dos seguintes documentos:

- Diploma (frente e verso)
- RG (não será aceita a Carteira Nacional de Habilitação – CNH);
- CPF;
- Título de Eleitor;
- Certidão de nascimento ou casamento.

Observações: Não serão aceitas cópias ilegíveis ou com informações cortadas;

Caso tenha ocorrido alteração no nome, favor anexar o formulário de APOSTILAMENTO (disponível no site);

Não será aceito o pedido de registro na ausência de qualquer documento conforme Resolução 8/78 art.29;

Os documentos: cartão definitivo ou provisório, carteira e diploma poderão ser retirados no CREFITO-8 somente mediante apresentação de documento de identificação com foto.