

SOLICITAÇÃO DE ESPECIALIZAÇÃO – TERAPIA OCUPACIONAL
MODALIDADE SEM PROVA, CURSOS INICIADOS ATÉ 13/07/2010
2º Etapa – RECONHECIMENTO DE CERTIFICADO COM FINALIDADE ACADÊMICA

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 _____ - TO, solicito a conclusão do Reconhecimento do Certificado com finalidade
acadêmica:

Curso: _____

Instituição de Ensino: _____

Endereço para correspondência

Rua / Av. _____ N° _____

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:

-Carteira Tipo Livro (original);