

TERMO DE RESPONSABILIDADE
2ª VIA DE DOCUMENTOS

Eu _____
inscrição nº _____, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região a enviar pelo correio, por meio a carta registrada com A. R., os seguintes documentos:

- () 2ª via de Cartão de Identidade Profissional;
() 2ª via de Carteira de Identidade Profissional (Tipo Livro).

Estou ciente de que todos os documentos emitidos pelo CREFITO-8 serão enviados para o endereço de cadastro e que tenho o dever de mantê-lo atualizado.

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

e-mail: _____

Outrossim, isento neste ato, o CREFITO-8, de qualquer responsabilidade no caso de eventual de extravio ou avaria da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

Assinatura

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

CREFITO-8