

ILMA. SRA. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E
TERAPIA OCUPACIONAL DA 5º REGIÃO – CREFITO5/RS

NOME.....
(nome completo por extenso sem abreviatura)

FILIAÇÃO:.....
e.....

Solicita a V.Sª a inscrição, nos termos da Lei n.º 6.316 de 17-12-75, para exercer, na área sob jurisdição desse Conselho Regional, a Profissão de:

() FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

Solicita ainda que, deferida a inscrição, seja emitida a **Licença Temporária de Trabalho**, referida na Resolução do COFFITO N.º 244/02.

ANEXA AO PRESENTE:

1. Declaração (original, preenchida e assinada);
2. 4 (quatro) fotografias (recentes) formato 3x4 (de frente) para os do sexo MASCULINO com paletó e gravata;
3. Cópias autenticadas ou cópias e original quando da entrega pessoalmente para autenticação neste Conselho, dos seguintes documentos:
 - Certidão Nascimento ou de Casamento (com separação averbada, quando for o caso);
 - Carteira de Identidade (não será aceita carteira de motorista);
Para estrangeiro – condição de permanente
 - CPF;
 - Título de eleitor ou Certidão de Quitação Eleitoral;
 - Certificado de Dispensa de Incorporação – Reservista (sexo masculino menor de 40 anos);
 - Certificado de Conclusão do Curso e Colação de Grau (o certificado deverá ser enviado apenas se a colação de grau já tiver sido realizada);
 - Comprovante de pagamento.

DATA:.....

.....
Assinatura

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA (PREENCHER TODOS OS CAMPOS):

() RUA () AV:.....

N.º:..... APTO:..... BAIRRO:.....

CEP:..... CIDADE:..... UF:.....

TELEFONE RESIDENCIAL: ().....-

TELEFONE CELULAR: ().....-

E-MAIL:

OUTRO TELEFONE PARA CONTATO (PROFISSIONAL, PARENTE OU AMIGO):

().....-..... NOME:.....