

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE PESSOA FÍSICA

SR(A). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, SOLICITO BAIXA DE INSCRIÇÃO DE:

() FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

MOTIVO _____

_____ (NOME COMPLETO, POR EXTENSO E SEM ABREVIATURA)

_____ (Nº. DE INSCRIÇÃO)

_____ (LOCAL E DATA)

_____ (ASSINATURA)

DOCUMENTOS ANEXOS

- DIPLOMA ORIGINAL - SERÁ DEVOLVIDO NO FINAL DO PROCESSO - (NÃO SERÁ ACEITA CÓPIA AUTENTICADA);
- CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (QUE SERÁ ARQUIVADA);
- CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (QUE SERÁ ARQUIVADA);
- CÓPIA AUTENTICADA DE COMPROVANTE DE NÃO EXERCÍCIO PROFISSIONAL (PODERÁ SER UM DOS DOCUMENTOS SEGUINTE):
 - CARTEIRA DE TRABALHO (DAS PÁGINAS DE IDENTIFICAÇÃO ATÉ A PRIMEIRA PÁGINA EM BRANCO DO CONTRATO DE TRABALHO);
 - DUAS DECLARAÇÕES DE DOIS COLEGAS DE PROFISSÃO (REGULARES E ATIVOS NO CREFITO-5) ATESTANDO O NÃO EXERCÍCIO PROFISSIONAL;
 - OUTRO DOCUMENTO ONDE POSSA SER COMPROVADO O NÃO EXERCÍCIO PROFISSIONAL OU O EXERCÍCIO DE OUTRA PROFISSÃO.
- É NECESSÁRIO NÃO POSSUIR DÉBITOS.

OPÇÃO PARA RETIRADA DO DIPLOMA

- SEDE PORTO ALEGRE
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL
- SECCIONAL SANTA MARIA
- VIA CORREIO
(PARA O ENDEREÇO INFORMADO ABAIXO)

DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO: _____

Nº.: _____ APTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

FONE RESIDENCIAL: (_____) _____ FONE CELULAR: (_____) _____

E-MAIL: _____