

REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DEFINITIVA

SR(A). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, SOLICITO A INSCRIÇÃO DEFINITIVA, NOS TERMOS DA LEI Nº. 6.316 DE 17/12/1975, PARA EXERCER, NA ÁREA SOB CIRCUNSCRIÇÃO DESSE CONSELHO REGIONAL, A PROFISSÃO DE:

() FISIOTERAPEUTA () TERAPEUTA OCUPACIONAL

(NOME COMPLETO, POR EXTENSO E SEM ABREVIATURA)

(LOCAL E DATA)

(ASSINATURA)

DOCUMENTOS ANEXOS

- DIPLOMA ORIGINAL (NÃO SERÁ ACEITA CÓPIA AUTENTICADA);
- CÓPIA FRENTE E VERSO DO DIPLOMA (CÓPIA SIMPLES);
- CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO;
- CÓPIA AUTENTICADA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE (NÃO SERÁ ACEITA CARTEIRA DE MOTORISTA);
- CÓPIA AUTENTICADA DO CPF;
- CÓPIA AUTENTICADA DO TÍTULO DE ELEITOR;
- CÓPIA AUTENTICADA DO CERTIFICADO DE RESERVISTA (PARA SEXO MASCULINO MENOR DE 40 ANOS);
- 3 FOTOS 3X4 EM FORMATO PADRÃO PARA DOCUMENTO DE IDENTIDADE (OBRIGATÓRIO PALETÓ E GRAVATA PARA O SEXO MASCULINO);
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA E ANUIDADE PROPORCIONAL.

DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO: _____

Nº.: _____ APTO: _____ BAIRRO: _____

CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____

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

E-MAIL: _____

OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS

- SEDE PORTO ALEGRE
- SECCIONAL CAXIAS DO SUL
- SECCIONAL SANTA MARIA
- DELEGADO REGIONAL NA CIDADE DE _____