

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE CERTIFICADOS, DIPLOMAS E TÍTULOS

ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO SOLICITO O SEGUINTE REGISTRO:

CERTIFICADO/DIPLOMA/TÍTULO _____

NOME COMPLETO _____

NÚMERO DE INSCRIÇÃO _____

- FISIOTERAPEUTA
 TERAPEUTA OCUPACIONAL

LOCAL E DATA _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTOS ANEXOS

- CERTIFICADO E HISTÓRICO ORIGINAIS (QUE SERÃO DEVOLVIDOS POSTERIORMENTE)
- CÓPIA DO CERTIFICADO E DO HISTÓRICO (CÓPIA SIMPLES FRENTE E VERSO)
- CÓPIA DO DIPLOMA DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA/TERAPIA OCUPACIONAL (CÓPIA SIMPLES FRENTE E VERSO)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL ORIGINAL (TIPO LIVRO)
- CÓPIA DO PAGAMENTO REFERENTE À TAXA DE REGISTRO (O BOLETO SERÁ ENVIADO POSTERIORMENTE CASO O REGISTRO SEJA DEFERIDO PELO COFFITO – CONSELHO FEDERAL)

DADOS PARA CONTATO

ENDEREÇO _____

Nº _____ APTO _____ BAIRRO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD _____ FONE RESIDENCIAL _____ FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

OPÇÃO DE LOCAL PARA RETIRADA DOS DOCUMENTOS

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