

REQUERIMENTO: LICENÇA TEMPORÁRIA DE TRABALHO
 INSCRIÇÃO DEFINITIVA

Ilmo sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região.

NOME: _____

(escrever o nome completo e por extenso, não omitir ou abreviar qualquer nome).

FILIAÇÃO: **Pai:** _____

Mãe: _____

Solicita a V.Sª a inscrição, nos termos da Lei nº 6316, de 17/12/75, para exercer, na área sob jurisdição desse conselho Regional, a profissão de:

FISIOTERAPEUTA TERAPEUTA OCUPACIONAL

Esclarece que a sede principal de sua atividade profissional é em:

_____ (Indicar a Cidade e Estado)

Solicita ainda, que deferida a inscrição, seja emitido:

Licença Temporária de Trabalho (com certificado de conclusão).

Cartão e Carteira Profissional

Anexar ao presente: (assinalar o documento que juntar ao requerimento):

1- Cópia Autenticada dos Seguintes Documentos:

4 (quatro) fotografias (recentes) formatos 3x4 (de frente) / Terno e Gravata p/ Homens.

Carteira de Identidade (para estrangeiro - condições de permanente)

CPF

Título de Eleitor

Certificado de Reservista (sexo masculino que contar menos de 40 anos)

Certidão de Casamento (com desquite averbado, quando for o caso)

Certidão de Nascimento

Certificado de Conclusão do Curso de: _____

Diploma Original e Cópia Autenticada

Endereço para Correspondência: (Indicar endereço c/ referencia completas)

Rua/Av/Trav: _____ N° _____

Bairro: _____ Município/Estado: _____

CEP: _____

Telefone Fixo: (____) _____ - _____ Celular: (____) _____ - _____

E-mail: _____

NESTES TERMOS PEDE DEFERIMENTO

Local e Data: _____

(Assinatura)

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Através deste documento, autorizo o conselho Regional de fisioterapia e Terapia ocupacional da 9ª Região a enviar-me pelo correio o(s) seguintes documentos:

- Licença Temporária de Trabalho
- Diploma
- Carteira e Cartão de Identificação Profissional

Outrossim, isento, neste ato, o CREFITO-9 de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

(LOCAL E DATA)

(NOME LEGIVEL)

(ASSINATURA)

DECLARAÇÃO

EU, DR(A), _____ DECLARO
PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS LEGAIS, () SER , () NÃO SER
DOADOR(A) DE ÓRGÃO E TECIDOS.

POR SER VERDADE FIRMO A PRESENTE

_____, DE _____ DE _____

(ASSINATURA)