C R E F I T O - 3

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3ª. REGIÃO

REQUERIMENTO PARA REGISTRO/APOSTILAMENTO DE CERTIFICADOS/DIPLOMAS DE ESPECIALIDADES/ESPECIALIZAÇÕES, MESTRADO, DOUTORADO, TÍTULO DE LIVRE DOCÊNCIA E RESIDÊNCIA

==

Ao Excelentíssimo Senhor
Presidente do CREFITO-3

NOME: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **INSCRIÇÃO:** |__|__|__|__|__|__|-|__|__| **(F / TO)**

Vem por meio deste, requerer a V.Sa., o registro/apostilamento de:

( ) - Certificado de Especializações Acadêmicas (Pós Graduação Lato Sensu);

( ) - Certificado de Especialidade Profissional (Cursos por I.E.S ou autorizados pelo MEC);

( ) - Diploma de Mestrado;

( ) - Diploma de Doutorado;

( ) - Titulo de Livre Docência;

( ) - Residência;

Assinalar conforme o caso:

( ) Curso iniciado **ANTES** de 14/07/2010 ( ) Curso iniciado **APÓS** 14/07/2010

Anexo documento sob a forma **original** (Certificado ou Diploma), juntamente com: **original** ou cópia autenticada (frente e verso) do **Histórico Escolar** com relação de **Corpo Docente com Titulação vinculada**, **cópia simples** do **Diploma de Graduação** e **original da Carteira de Identidade Profissional** (tipo livro).

NESTES TERMOS,
PEÇO DEFERIMENTO.

Local e Data: ________________________________ , ________ de ____________________ de ___________.

____

(ASSINATURA)

Assinar o Termo de Responsabilidade abaixo, caso queira receber o documento via correio:

Autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região a enviar-me, pelo Correio, o ORIGINAL da carteira de identidade profissional, com as anotações devidas, se for o caso, isentando, neste ato, o CREFITO-3, de qualquer responsabilidade em caso de extravio, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

____

(ASSINATURA)

Endereço para correspondência (preenchimento obrigatório):

Endereço |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| nº |__|__|__|__|__|__|

Complemento |__|__|__|__|__|__|__|__| Bairro |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Cidade |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| UF |__|__|

CEP |__|__|__|__|__| - |__|__|__|

Fones – RES.: |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|__| CEL.: |__|__| - |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|