

**CREFITO7**Conselho Regional de Fisioterapia e
Terapia Ocupacional da 7ª Região**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 7ª REGIÃO.

NOME: _____

INSCRIÇÃO (CREFITO): _____ NATURALIDADE: _____

FILIAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CEP: _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____

TELEFONE: () _____ E-MAIL: _____

ESTADO CIVIL: _____

Solicito à V.Sa inscrição, nos termos da Lei nº 6.316, de 17/12/1975, para exercer, na área sob a circunscrição deste Conselho Regional, a profissão abaixo selecionada, assumindo civil e criminalmente a responsabilidade de atos praticados por mim ou por pessoas sob a minha supervisão no exercício profissional:

() **Fisioterapeuta**() **Terapeuta Ocupacional**

Selecione abaixo o assunto requerido:

() Registro Profissional **com** diploma

() Isenção de pagamento da anuidade

() Registro Profissional **sem** diploma

() Averbação de nome

() Baixa de inscrição () Reinscrição

() Inscrição secundária

() Transferência do CREFITO _____ para o CREFITO _____

() Mudança de endereço

() Segunda via de **Cédula de identidade**

() Registro de especialização

() Segunda via de **Carteira verde**() *Outros:* _____

Nestes termos, solicito deferimento:

Protocolo nº: _____

Data: ____/____/____

_____, _____ de _____ de _____.

Município

Servidor

Assinatura:

Não encostar ou ultrapassar a marcação. Utilizar somente caneta preta.**Sede – Salvador/Ba****Subsede – Vitória da Conquista/Ba**Av. Tancredo Neves, Ed Esplanada Tower, nº 939,
Sala 101, Caminho das Árvores. CEP: 41.820-021
(71) 3045-4242Avenida Olívia Flores, nº 286, Empresarial Olívia Flores,
sala 106, bairro Candeias, Vitória da Conquista - CEP: 45028-610
(77) 3421-6520**www.crefito7.gov.br**