

REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO – ESPECIALIZAÇÃO

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região – CREFITO-13 eu,

Nome Completo: _____

Nome Social (Art. 3º do Decreto nº 8.727 de 28/04/2016): _____

Solicito o apostilamento de:

☐ **Especialidade Profissional mediante Prova de Título do COFFITO** - Resoluções COFFITO nº 377/10 e nº 378/10.

☐ **Especialidade Profissional mediante Residência Uni/Multiprofissional** - Resoluções COFFITO nº 526/20 e nº 558/22.

Declaro, para os devidos fins de obtenção de Título de Especialista Profissional, que tenho pleno conhecimento das normas que regem as resoluções indicadas acima, responsabilizando-me pelo cumprimento de todo o conteúdo nas referidas resoluções e demais normas aplicáveis ao exercício profissional.

Declaro estar ciente que no ato da solicitação, deverei apresentar o original do **CARTÃO TIPO LIVRO** (livreto verde), para que sejam realizadas as devidas anotações.

Endereço: _____ **Nº** _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **CEP:** |__|_|_|_|_|-|__|_|_| **UF:** |__|_|

Fones: |__|_| - |__|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / |__|_|-|__|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

E-mail: _____.

Ao preencher este requerimento, concordo com o tratamento dos meus dados pessoais para obtenção do registro requerido, conforme a Lei 13.709/2018, (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD).

Nestes termos, peço deferimento.

Local e data, _____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do Profissional)