

REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO - HABILITAÇÃO DE TÉCNICA/PROCEDIMENTO DE CURSO DE CAPACITAÇÃO, RECONHECIDO(A) POR NORMAS DO COFFITO (Acórdãos COFFITO nº 609/23; 635/23; 636/23 e Resolução nº 607/25)

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:

- ☐ **Curso de Toxina Botulínica** - Acórdão nº 609/23
- ☐ **Curso de Hidrolipoclasia Ultrassônica** - Acórdão nº 635/23
- ☐ **Curso de Intradermoterapia/Mesoterapia** - Acórdão nº 636/23
- ☐ **Curso de Agregados Leucoplaquetários Autólogos** - Resolução nº 607/25

Outro curso para habilitação em técnica reconhecida(o) por normativa do COFFITO, citar a técnica e o acórdão: _____

Declaro, para fins de obtenção de habilitação, que tenho pleno conhecimento das normas que regem o acórdão indicado acima, responsabilizando-me pelo cumprimento de todo o conteúdo preconizado no referido acórdão e demais normas aplicáveis ao exercício profissional.

ANEXAR ao pedido:

- Certificado(s) comprobatório(s);
- Conteúdo programático com professores responsáveis (caso não conste do verso do certificado);
- Carga horária discriminada.

Declaro estar ciente que, após o comunicado em caso de deferimento (por e-mail), deverei levar o original da **CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL** (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)