

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE OUTRO CREFITO

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.): _____

inscrito(a) no CREFITO _____ sob o nº _____, por estar exercendo a profissão em área da jurisdição do

CREFITO-13, **Endereço:** _____ **Nº** _____

Complemento: _____ **Bairro:** _____

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

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

E-mail: _____ venho respeitosamente requerer

TRANSFERÊNCIA para este Regional, nos termos do Art. 84 e dos seguintes da Resolução COFFITO 8/78.

Nestes termos peço deferimento.

Local e Data _____, ____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Anexar ao presente:

- Cédula e Livreto profissional – **original**.
- Cópias autenticadas do RG, CPF, Título, Certidão de Nascimento ou Casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- Cópia autenticada do Diploma de Graduação;
- 3 (três) fotos 3x4 de terno e gravata para homens, roupa formal para mulheres;
- Cópia de certidão negativa de débitos e/ou infração ético-profissional.

Importante:

- Cópias não autenticadas devem ser acompanhadas dos documentos originais para conferência.
- Documentos enviados pelos Correios devem estar autenticados em cartório.
- É responsabilidade de o profissional informar ao CREFITO-13 qualquer alteração de endereço.