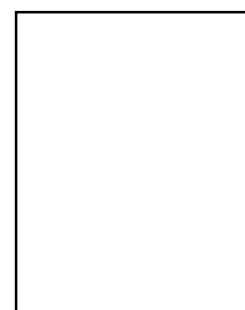


REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA



Ilmo(a) Sr(a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da ___ Região

Nome: _____ CRFa ___ - _____

Data de nascimento: ___/___/___ Nome (social): _____

Endereço residencial: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Telefone(DDD): _____ E-mail: _____

Celular (DDD): _____

Documento de identificação: _____ Órgão emissor: _____ Data da expedição: ___/___/___

Título de eleitor*: _____ Zona*: _____ Seção*: _____ UF*: _____

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro: _____ Tipo Sanguíneo: _____ Fator RH _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade (cidade/estado): _____

CPF: _____ Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo ()

Outro: _____

Filiação: _____ e _____

Endereço comercial: _____

Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - _____

Faculdade/Universidade: _____

Data da colação de grau*: ___/___/___ Data de emissão do diploma*: ___/___/___

Endereço para correspondência: () Residencial () Comercial

Com base na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), autorizo o envio de e-mails e malas-diretas para fins de divulgação:

() Sim () Não

* Informações obrigatórias apenas para o pedido de inscrição.

REQUERIMENTO:

() Inscrição, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 5º

() Registro secundário, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 12

() Transferência do CRFa___ para o CRFa___, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 18 – Novo endereço: _____

() Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 25

() Reintegração, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 30

() 2ª via do Cartão de Identificação Profissional, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 35

() Declaração de regularidade para título de especialista

() Outro: _____

Resolução CFFa nº 609/2021: www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_609_21.htm

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento.

Termos em que peço deferimento.

_____, ____ de _____ de 202__.

Assinatura do profissional

ASSINAR CENTRALIZADO NO QUADRO ABAIXO, SEM ENCOSTAR NAS LINHAS COM CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA NA COR PRETA CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIDADE