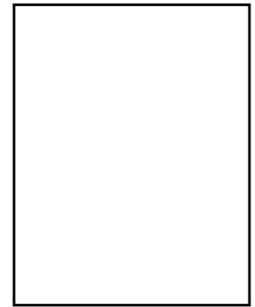


REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA



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

Nome: _____ CRFa ___ - ___

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

() 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

DOCUMENTOS QUE DEVEM SER ANEXADOS AO REQUERIMENTO

a) requerimento de transferência por mudança do local de atuação para outra jurisdição fornecido pelo Conselho Regional de Fonoaudiologia de origem ou principal, devidamente preenchido, sem rasuras e assinado com caneta esferográfica de tinta na cor preta conforme documento de identidade, dirigido ao presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia de registro de origem ou principal e ativo;

b) 1 (uma) fotografia 3x4 recente, com fundo branco, sem data, sem borda, sem marcas, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como sem camisa regata, decotes ou trajas não condizentes com a dignidade da profissão;

c) cópia da certidão de casamento ou óbito do cônjuge ou averbação de divórcio ou de alteração de nome;

d) cópia de documento oficial de identificação com os dados atualizados, com foto, em que conste o número completo do RG, em caso de alteração do número.

1º Os documentos aludidos nas alíneas “c” e “d” poderão ser apresentados em cópias simples, acompanhadas dos originais para autenticação, ou acompanhados de uma declaração de veracidade das informações.

2º Havendo pendência na documentação, o profissional será comunicado e informado de que terá o prazo de até 45 (quarenta e cinco) dias úteis para sanar a pendência, sob pena de indeferimento do requerimento.