



REQUERIMENTO DE BAIXA DE REGISTRO/INSCRIÇÃO DEFINITIVA

EXMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 16ª REGIÃO

Através do presente Requerimento solicito o cancelamento de meu registro profissional, nos termos da Resolução COFFITO nº. 08 de 20/02/1978, alterada pela Resolução nº 426 de 23/05/2013.

Endereço _____

Nº _____ Bairro _____, Cidade _____, Estado _____

CEP _____ - _____, Fone(s) (____) _____ / _____

E-mail _____

Fisioterapeuta Terapeuta Ocupacional

Data início da inatividade: ____/____/____

Motivo: _____

Declaro que estou ciente de que, caso seja apurada alguma irregularidade com relação às informações prestadas, ensejará a instauração de processo criminal e de processo ético-disciplinar.

Local e data

Assinatura

DOCUMENTOS ANEXOS

- Cópia Autenticada do Diploma (Frente e Verso);
- Carteira de identidade profissional tipo livro original (que será arquivada);
- Cédula de identidade profissional original (que será arquivada).