



CREFITO15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO PARA RECONHECER HABILITAÇÃO NA UTILIZAÇÃO DE TOXINA BOTULÍNICA

Ao Ilustríssimo (a) Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região. Solicito, por meio deste requerimento, a análise e apostilamento do certificado do curso de capacitação / formação para uso de terapia com utilização de toxina botulínica, nos termos do acordão Coffito n.º: 609, de 11/05/2023 e conforme dados abaixo:

Inscrição Profissional no crefito 15:.....
Nome Completo:.....
Pai:..... Mãe:.....
Sexo: M () F () Data de Nascimento:...../...../..... Estado Civil:.....
Nacionalidade:..... Naturalidade:..... CPF:.....
Nº RG:..... Data de Emissão:..... Órgão Emissor:.....
Nº Título Eleitor:..... Zona:..... Sessão:.....
Endereço Residencial:..... Nº:.....
Complemento:..... Bairro:..... CEP:.....
Município:..... Estado:.....
Telefone Residencial:(.....)..... Celular:(.....)..... Comercial:(.....).....
Email:.....

ITENS OBRIGATÓRIOS

1. Certificado, Conteúdo Programático e Professores responsáveis. (Documento Original)
2. Livreto profissional (Documento Original, apresentado no fim do processo deferido)

Declaro estar ciente e de acordo com os critérios estabelecidos no Acordão Coffito n.º: 609, de 11/05/2023.

Local:..... Data:...../...../.....

Assinatura do profissional

Observações:

1. Os documentos devem ser entregues originais na sede do crefito 15 mediante agendamento por e-mail: crefito15@crefito15.org.br, telefone ou por correspondência.
2. O prazo para análise pela diretoria do crefito 15 é de até 30 (trinta) dias, que será contado a partir da data de recebimento do requerimento. **Ressaltamos que o referido prazo é passível de prorrogação em caso fortuito ou de força maior.**