**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE PESSOA FISICA**

Ao Ilustríssimo (a)Senhor (a) Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da15ª Região. Solicito, por meio deste requerimento, o registro profissional nos termos da lei federal 6316/75, conforme dados abaixo:

**[ ]** REGISTRO DEFINITIVO

**[ ]** REINSCRIÇÃO DE PROFISSIONAL BAIXADO

**Profissão: [ ]** FISIOTERAPEUTA **[ ]** TERAPEUTA OCUPACIONAL

**Nome Completo**:..................................................................................................................................................................

**Pai:**........................................................................... **Mãe:**............................................................................................

**Sexo: M ( ) F( ) Data de Nascimento:**............../............../.................. **Estado Civil:**......................................................

**Nacionalidade:**.............................. **Naturalidade:**..........................................**CPF:**.....................................................

**Nº RG:**............................................ **Data de Emissão:**..................................**Órgão Emissor:**....................................

**Nº Titulo Eleitor:**.......................................................... **Zona:**......................................... **Sessão:**...............................

**Endereço Residencial:**............................................................................................................................ **Nº:**...............

**Complemento:**.............................................................**Bairro:**..................................................**CEP:**..................................

**Município:**................................................................................. **Estado:**......................................................................

**Telefone Residencial:**(.....)................................**Celular:**(.....)......................................**Comercial:**(.....)............................

**Email:**............................................................................................................................................................................

**Instituição de Ensino Superior:**.................................................................................................................................

**Data da colação de grau:**............./.................../......................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ITENS OBRIGATÓRIOS** | | |
|  |  | 1. **Diploma ou Certidão de Colação de Grau + Histórico acadêmico**: Documento digitalizado por e-mail e assinado pela faculdade; 2. **Foto 3x4**:digitalizada de boa qualidade e em formato Jpeg 3. **RG**: Documento digitalizado por e-mail; 4. **CPF**: Documento digitalizado por e-mail; 5. **Título de Eleitor e comprovante de votação da última eleição ou quitação eleitoral**: Documento digitalizado por e-mail; 6. **Certificado de Reservista**: Documento digitalizado por e-mail; 7. **Certidão de Nascimento ou Casamento com as averbações**: Documento digitalizado por e-mail; 8. **Comprovante de residência**: Documento digitalizado por e-mail; 9. **Assinatura**: Assinar corretamente o campo para digitalização de assinatura; |

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

# Assinatura do profissional

**CAMPO PARA DIGITALIZAÇÃO DE ASSINATURA**

**ORIENTAÇÕES:**

1 – Realize a assinatura no centro do campo sem enconstar nas linhas, utilize as guias como referência; 2 – Utilize preferenciamente caneta na cor preta;