



CREFITO 15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO

Eu,....., CPF:
..... inscrito(a) no CREFITOsob
nº:.....solicito apostilamento do(s) curso(s) abaixo:

- HIDROLIPOCLASIA ULTRASSÔNICA - ACÓRDÃO Nº 635, DE 7 DE JULHO DE 2023
 INTRADERMOTERAPIA / MESOTERAPIA - ACÓRDÃO Nº 636, DE 7 DE JULHO DE 2023
 TOXINA BOTULÍNICA - ACÓRDÃO Nº 609, DE 11 DE MAIO DE 2023
 na área da especialidade de Fisioterapia Dermatofuncional
 na área da especialidade de Fisioterapia Neurofuncional

Declaro, sob as penas da Lei, que estou habilitado(a) a usar a(s) técnica(s) informadas acima em conformidade com seus respectivos acórdãos.

Certifico e dou fé nas informações supracitadas e nos comprovantes de formação anexos.

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

Assinatura do profissional

ITENS OBRIGATÓRIOS

1. **Certificado do curso + conteúdo programático + professores responsáveis**
2. **Livreto profissional:** Apresentar o documento original no final do processo

- Os documentos devem ser encaminhados por e-mail: crefito15@crefito15.org.br
- O prazo para análise da documentação é de até 30 (trinta) dias