

**REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO**

**Eu,**......................................................................................................................................................................, **CPF:**

............................................................................. **inscrito(a) no CREFITO** **sob**

**nº**: solicito apostilamento do(s) curso(s) abaixo:

( ) INTRADERMOTERAPIA / MESOTERAPIA - ACÓRDÃO Nº 636, DE 7 DE JULHO DE 2023

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 + conteudo 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](mailto:crefito15@crefito15.org.br)
* O prazo para análise da documentação é de até 30 (trinta) dias

CREFITO 15 – Av. Nossa Senhora da Penha, nº 2796 – Ed. Impacto Empresarial – Salas 1501, 1502, 1503, 1509 e 1510 –Santa Luíza - Vitória/Es, CEP 29045-402 - Tel. (27) 3227-6616 -

Acesse: [**www.crefito15.org.br**](http://www.crefito15.org.br/)