



CREFITO 15

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA
E TERAPIA OCUPACIONAL DA 15ª REGIÃO

REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO DE CURSO ORTESISTA/PROTESISTA ORTOPÉDICO

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

() Ortesista/Protesista Ortopédico - Resolução COFFITO nº 548, de 22 de dezembro de 2021

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:** Deve conter conteúdo programático, carga horária e professores responsáveis
2. **Livreto profissional:** Apresentar o documento original no final do processo

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- O prazo para análise da documentação pela secretaria do crefito 15 é de 7 dias úteis e o prazo após o recebimento do protocolo até a conclusão da solicitação é de até 30 (trinta) dias úteis, que será contado a partir da data do pagamento.
- Não será aceito o pedido na ausência dos documentos obrigatórios.