



REQUERIMENTO PARA APOSTILAMENTO DE CURSO

TÉCNICAS DE ESTIMULAÇÃO NÃO INVASIVAS DO SISTEMA NERVOSO

Eu,.....,

CPF:..... inscrito(a) no CREFITO 15 sob nº:.....

solicito apostilamento do(s) curso(s) abaixo:

- () Estimulação elétrica não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
- () Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins terapêuticos;
- () Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso central para fins diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos;
- () Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins terapêuticos;
- Estimulação magnética não invasiva do sistema nervoso periférico para fins de diagnóstico e prognóstico fisioterapêuticos.

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 OBRIGATORIOS

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.