

COMPLEMENTO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
E-MAIL		TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

DECLARAÇÃO

Declaro, em cumprimento ao previsto no inciso III, do Art 4º da Resolução COFFITO nº 37/84, que exerço função de Responsável Técnico, na empresa supramencionada, revestido de autonomia no exercício profissional e exclusividade no desempenho de minha função. Declaro, ainda, ter ciência das obrigações a mim imputadas, enquanto Responsável Técnico, conforme a Resolução COFFITO nº 139/92, devendo, sempre:

a. garantir que a empresa na qual trabalho esteja regularmente inscrita no CREFITO 6, com sua documentação em dia e os dados atualizados, inclusive dados de corpo clínico;

b. garantir que os serviços nas áreas da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, sejam prestados apenas por profissionais legalmente habilitados, bem como que durante os horários de atendimento à clientela, estejam em atividades no serviço, profissionais, em número compatível com a natureza da atenção à ser prestada;

c. cumprir e fazer cumprir as leis, resoluções e demais normas em vigor, a fim de garantir a dignidade profissional e a prestação de um serviço de qualidade à sociedade, norteados pelos princípios éticos.

Estou ciente que posso receber notificações e informe do CREFITO 6, por meio do meu e-mail pessoal ou da empresa.

_____ de _____ de 20__.

Cidade, Data

Nome e assinatura do Responsável Técnico

Nome e assinatura do Responsável Administrativo

Av. Rogaciano Leite, 432 – Salinas - Fortaleza/CE - CEP: 60810-786
 R. Catulo da Paixão, 175, Sala 308 - Triângulo Crajubar - Ed. Pátio Cariri - Juazeiro do Norte /CE - CEP: 63041-162
 Rua Paulo Aragão, 789 – Centro Sobral /CE - CEP: 62011-250
Crefito6@crefито6.org.br | Central telefônica : (85) 99944-1506