

## REGISTRO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL DE PESSOA FÍSICA

Ilmo. Sr(a) Presidente(a) do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6º Região

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Nº Crefito: \_\_\_\_\_

Vem solicitar a V. Sª o registro de capacitação profissional.

Profissão: \_\_\_\_\_ Retirada: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Gênero: \_\_\_\_\_ Data Nascimento: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Nome do Pai: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DE CONTATO

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

Documento: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Emitente: \_\_\_\_\_

Data Emissão: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO

Nome do Curso: \_\_\_\_\_

Quantidade de Horas: \_\_\_\_\_ Data Conclusão: \_\_\_\_\_

Local e Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Solicitante

Declaro, para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações prestadas no presente formulário são verdadeiras e autênticas e autorizo a utilização dos meus dados pessoais para os fins relativos às atividades desta autarquia