

**TRANSFERÊNCIA PARA A CIRCUNSCRIÇÃO DO CREFITO 6
E TROCA DE CÉDULA DE PESSOA FÍSICA**

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

Nome Completo: _____ N° Crefito: _____

Vem solicitar a V. S^a a transferência para a circunscrição do Crefito 6 e troca de cédula.

Profissão: _____ Retirada: _____

Crefito de Origem: _____

Responde processo ético profissional no Crefito de origem: _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Estado Civil: _____ Gênero: _____ Data Nascimento: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ UF: _____

Nome da Mãe: _____ Nome do Pai: _____

INFORMAÇÕES DE CONTATO

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ UF: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO

Documento: _____ N°: _____ Emitente: _____

Data Emissão: _____ CPF: _____

TÍTULO DE ELEITOR

N°: _____ Zona n°: _____ Seção: _____

Município: _____ UF: _____

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

CERTIFICADO DE ALISTAMENTO

Nº: _____ CSM: _____ Data Emissão: _____

FORMAÇÃO

Instituição de Ensino: _____

Data Conclusão: _____ Data Colação: _____

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