

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Ilmo(a) Sr(a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da 6ª Região.

Nome: _____ **CRFa** _____ - _____

Nome (social): _____

Doc. de identificação: _____ **Órgão emissor:** _____ **Data da expedição:** ____/____/____

Título de eleitor*: _____ **Zona*:** _____ **Seção*:** _____ **UF*:** _____

Gênero: () Masculino () Feminino () Outro: _____ **Tipo Sanguíneo:** _____ **Fator RH** _____

Nacionalidade: _____ **Naturalidade (cidade/estado):** _____

CPF: _____ **Estado civil:** () Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outro: _____

Filiação: _____ e _____

Faculdade/Universidade: _____

Data da colação de grau*: ____/____/____ **Data de emissão do diploma*:** ____/____/____

* Informações obrigatórias apenas para o pedido de inscrição.

Com base na Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), autorizo o envio de e-mails e malas-diretas para fins de divulgação: () Sim () Não

Endereço Residencial:

Logradouro:		Nº/Compl.:	
Bairro:	Cidade/UF:		CEP:
Telefone: () _____		Celular: () _____	
E-mail:			

Endereço Comercial:

Logradouro:		Nº/Compl.:	
Bairro:	Cidade/UF:		CEP:

Endereço para correspondências: () Residencial () Comercial

REQUERIMENTO:

- () Inscrição, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 4º
- () Registro secundário, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 9º
- () Transferência do CRFa6 para o CRFa_____, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 16
- () Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609 /2021, art. 25
- () Reintegração, nos termos da Resolução CFFa nº 609 /2021, art. 29
- () 2ª via do Cartão de Identificação Profissional, nos termos da Resolução CFFa nº 609 /2021, art. 34
- () Declaração de regularidade para título de especialista
- () Outro: _____

**Cole aqui sua Foto
3x4**

→ Consultar relação de documentos no site <http://www.crefono6.org.br/pessoa-fisica> .

Assinar centralizado no quadro abaixo, sem encostar nas linhas, com caneta esferográfica de tinta **PRETA** conforme o documento de identidade

Resolução CFFa nº 609/2021: https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_609_21.htm

Declaro, sob as penas da lei, que são verdadeiros os dados consignados neste requerimento.

Termos em que peço deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Profissional

TERMO DE CIÊNCIA

Declaro, neste ato, estar ciente que devo exercer legalmente a profissão, portar o Cartão de Identificação Profissional. Tenho ciência do dever de manter-me em dia com as anuidades e seu recolhimento obrigatório de acordo com normativo do Conselho Federal de Fonoaudiologia, arcando com as penalidades, caso assim não proceda, sujeitando-me ao pagamento de juros, multas e correção, além de saber estar sujeito a ações judiciais, face o inadimplemento ser caracterizado infração disciplinar, podendo haver suspensão e cancelamento do exercício profissional e ainda posso requerer Baixa de Registro, no caso de não estar atuando.

Declaro, ainda, estar ciente de que devo:

1. Cumprir as normas contidas na Lei n. 6.965/81 e no Código de Ética da Fonoaudiologia;
2. Procurar orientação junto ao Departamento de Registro do Conselho sempre que necessário;
3. Manter sempre atualizado meu endereço residencial e comercial;
4. Requerer Registro Secundário, em caso de atuar também fora da área de jurisdição desta Região;
5. Requerer transferência de registro profissional no caso de alteração de endereço para outra jurisdição;
6. Requerer reintegração de registro quando voltar a atuar profissionalmente;

Ciente em ____ / ____ / ____

Assinatura