

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

NOME DO PROFISSIONAL _____		REGISTRO Nº _____
ENDEREÇO _____		
BAIRRO _____	CEP _____	
CIDADE _____	ESTADO _____	TELEFONE _____

DECLARO QUE, A PARTIR DESTA DATA, ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELAS ATIVIDADES OU SERVIÇOS ESPECÍFICOS DE FONOAUDIOLOGIA, INCLUSIVE A CONCESSÃO DE ESTÁGIOS E SUA SUPERVISÃO, OFERECIDOS PELA EMPRESA ABAIXO IDENTIFICADA:

RAZÃO SOCIAL _____		
ENDEREÇO _____		
BAIRRO _____	CEP _____	
CIDADE _____	ESTADO _____	TELEFONE _____

DECLARO, TAMBÉM, QUE ME COMPROMETO A CUMPRIR O ESTABELECIDO NA REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO FONOAUDIÓLOGO, ATRAVÉS DA LEI 6.965/81 E DO CÓDIGO DE ÉTICA DO FONOAUDIÓLOGO.

ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI COMUNICAR O CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 1ª REGIÃO, QUANDO DO ENCERRAMENTO DE MINHAS ATIVIDADES, ENQUANTO RESPONSÁVEL TÉCNICO.

LOCAL E DATA _____	ASSINATURA DO PROFISSIONAL _____ OBRIGATÓRIO
--------------------	--

A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA

DECLARAMOS ESTAR CIENTES DO PRESENTE TERMO DE RESPONSABILIDADE FIRMADO PELO FONOAUDIÓLOGO ACIMA; QUE TERÁ PLENA E INTEGRAL AUTONOMIA EM SUAS ATIVIDADES E SERVIÇOS TÉCNICOS A CARGO DESTA PESSOA JURÍDICA, FICANDO-LHE ASSEGURADAS TODAS AS FACILIDADES PARA EXERCÍCIO DE SEU MISTER, ASSIM COMO SUA DIGNIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL. QUALQUER VIOLAÇÃO AOS SEUS DIREITOS PROFISSIONAIS E TRABALHISTAS OBRIGA-NOS ÀS RESPONSABILIDADES LEGAIS.

LOCAL E DATA _____
NOME E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA EMPRESA _____ OBRIGATÓRIO