CREFONO 1
Conselho Regional de Fonoaudiologia - 1ª Região

Jurisdição no Estado do Rio de Janeiro

REQUERIMENTO DE REINTEGRAÇÃO DE REGISTRO PROFISSIONAL PRINCIPAL OU SECUNDÁRIO

Ilmo(a) Senhor(a)
Presidente do CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 1ª. REGIÃO,

Eu, _____, fonoaudiólogo(a) registrado(a) neste CRFa-1ª. Região sob o Nº _____, de acordo com o art. 34 da Resolução CFFa Nº 494/2016, venho requerer a VSa. a **REINTEGRAÇÃO DO REGISTRO**

( ) **Principal** ( ) **Secundário**

Para tanto, anexo os seguintes documentos:

a) Cópia do comprovante de pagamento da anuidade vigente e taxa de Reintegração;
b) Carteira de Identidade Profissional de Fonoaudiólogo (no caso de Registro Secundário).

Endereço Residencial

Logradouro			Número
Complemento	Bairro		
Cidade		UF	CEP
Tel. Res.: ( )	Celular ( )		
E-mail			

Endereço Comercial

Logradouro			Número
Complemento	Bairro		
Cidade		UF	CEP
Tel. Com.: ( )	**Endereço para correspondência:** ( ) Residencial ( ) Comercial		

Autorizo o envio de e-mails e mala direta para fins de divulgação: ( ) Sim ( ) Não	**Autorizo a divulgação dos meus dados profissionais no site do CRFa-1ª. Região:** ( ) Sim ( ) Não

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

_____
Assinatura do(a) profissional

Obs: Havendo pendência na documentação, o profissional deverá ser informado de que o prazo para deferimento da solicitação começará a contar a partir da data em que a pendência for sanada.

Rua Álvaro Alvim, 21 / 5º andar - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20031-010
Tel/Fax: (21) 2533-2916
E-mail: contato@crefono1.gov.br / Site: www.crefono1.gov.br