REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Ilmo(a) Sr(a) Presidente do Conselho Regional de Fonoaudiologia da____Região

Nome _____ **CRFa** ___-_____
Data de nascimento ___/_____/_____ **Nome(Social):** _____
Endereço residencial: _____
N°: _____ **Complemento:** _____ **Bairro:** _____
Cidade: _____ **UF**: _____ **CEP:** _____-_____
Certificado de Reservista: _____ **E-mail:** _____
Telefone (DDD): _____ **Celular**: _____
Documento 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 _____

Endereço comercial: _____
Complemento: _____ **Bairro**: _____
Cidade: _____ **UF:** _____ **CEP**: _____-_____

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

Endereço para correspondência: ( ) Residencial ( ) Comercial

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	**Desejo receber o cartão de identificação profissional**:** ( ) Em meu endereço residencial ( ) Retirar pessoalmente na ( ) Sede ( ) Subsede – Campos dos Goytacazes

* Informações obrigatórias apenas para o pedido de inscrição.

** Informação obrigatória apenas para pedido de inscrição, revalidação, reintegração ou segunda via do cartão

REQUERIMENTO:

( ) Inscrição, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 5º
( ) Registro secundário para o CRFa_____, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 12
( ) Transferência do CRFa_____para o CRFa_____, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 18
Novo endereço: _____ _____CEP: _____ - _____
( ) Baixa de registro, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 25
( ) Reintegração, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 30
( ) 2ª via do Cartão de Identificação Profissional, nos termos da Resolução CFFa nº 609/2021, art. 35
( ) Declaração de regularidade para título de especialista
( ) Outro:_____
Resolução CFFa nº 609/2021: 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 202__. _____

Assinatura do profissional

ASSINAR CENTRALIZADO NO QUADRO ABAIXO, SEM ENCOSTAR NAS LINHAS COM CANETA ESFEROGRÁFICA DE TINTA NA COR PRETA CONFORME O DOCUMENTO DE IDENTIDADE