



CREFITO-RS

FLS.....

S E R V I Ç O P Ú B L I C O F E D E R A L
CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 5ª REGIÃO

AV. PALMEIRA, 27 - CONJ. 403 – CEP 90470-300 PORTO ALEGRE - RS - FONE/FAX: (51)3334-6586

Home page: www.crefito5.com.br e-mail: crefito5@crefito5.org.br

DECLARAÇÃO

Pelo presente documento, declaro que estou ciente de que logo que tenha em mãos o diploma e, **cem dias antes do vencimento** da validade da Licença Temporária de Trabalho, deverei dar entrada na documentação necessária para o processamento da minha inscrição definitiva, qual seja:

1. DIPLOMA ORIGINAL E UMA CÓPIA FRENTE E VERSO;
2. REQUERIMENTO (FORNECIDO PELO CREFITO-5);
3. PAGAMENTO DA TAXA DE REGISTRO (FORNECIDA PELO CREFITO5/RS)

Vencida a Licença Temporária de Trabalho, sem que nenhuma medida tenha sido tomada por mim, estou cientificado(a) de que a mesma **SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADA**, e que até a regularização da minha situação, ou seja **REINSCRIÇÃO** mediante a apresentação do diploma e uma cópia frente e verso, **NÃO PODEREI EXERCER A PROFISSÃO**, sob pena de serem tomadas pelo CREFITO5/RS as medidas legais e cabíveis no caso.

.....
(Data)

.....
(Nome Legível)

.....
(Assinatura)