

REQUERIMENTO DE REINGRESSO

Eu _____ solicito

reingresso do exercício profissional.

Residente na rua/ av: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Encaminhar com este requerimento;

2 fotos 3x4 originais (física)

Cópia dos documentos que sofreram alteração

*A documentação deverá ser enviada pelos correios ou entregue presencialmente na sede ou em uma de nossas secretarias. O Processo de Reingresso envolve em torno de 30 dias.

Data: _____, de _____ de _____.

Número de registro: _____

Assinatura do requerente: _____

SEDE DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO

RUA MONSENHOR TOPP, Nº 202, CENTRO – FLORIANÓPOLIS/SC
CEP: 88020-500 – FONE (48) 3225-3329 – crefito10@crefito10.org.br

SECRETARIA REGIONAL NORTE
Avenida Juscelino Kubitschek, Nº 410
Salas 102 e 103 B – Centro – Joinville/SC
CEP: 89201-100 – (47) 3027-1412

SECRETARIA REGIONAL SUL
Rua Ernesto Bianchini Góes, Nº 91
Sala 105 – Próspera – Criciúma/SC
CEP: 88815-030 – (48) 3437-3809

SECRETARIA REGIONAL OESTE
Avenida Getúlio Vargas, Nº 1748, Sala 05
Condomínio CESEC – Centro – Chapecó/SC
CEP: 89805-000 – (49) 3025-2510

SECRETARIA REGIONAL SERRA
Avenida Belisário Ramos, Nº 3735, Sala 05
Sagrado Coração de Jesus – Lages/SC
CEP: 88508-100 – (49) 3018-6910