

REQUERIMENTO

Eu, _____, solicito baixa de registro, porque não estou mais exercendo a profissão de fisioterapia ou terapia ocupacional nesta jurisdição.

Portanto, DECLARO estar ciente que, a partir da Baixa da Inscrição junto ao CREFITO-10, estarei impossibilitado(a) de exercer as funções de Fisioterapeuta e (ou) Terapeuta Ocupacional, sob pena de vir a responder administrativa, civil e criminalmente.

Florianópolis/SC, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

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