



CREFITO10

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CADASTRO DE ESTAGIÁRIO DE FISIOTERAPIA EM UNIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO

_____, ____/____/____.
(Local) (Data)

Ao CREFITO-10

Eu, _____, regularmente matriculado(a) sob o número de matrícula _____ no _____ período do Curso de Fisioterapia, da _____

_____ (Nome da Instituição de Ensino), portador do RG _____ e do CPF _____, residente à _____, n° _____, no bairro _____ na cidade de _____

CEP _____, do Sangue Tipo: (Assinale com um X seu tipo sanguíneo e seu fator RH) (A), (B), (AB), (O) e Fator RH (+), (-), venho por meio deste, efetuar meu cadastro para a realização estágio curricular não obrigatório em Fisioterapia, aos moldes da legislação e regulamentações vigentes, a ser realizado no período de ____/____/____ a ____/____/____, na Unidade Concedente denominada _____

_____ (Nome do Serviço de Fisioterapia, Clínica, Hospital ou Profissional), num total de _____ horas semanais, na área de _____

sob a supervisão direta do(a) Fisioterapeuta da unidade concedente Dr.(a) _____
_____ (Nome do Fisioterapeuta responsável),

CREFITO-10 n° _____ e sob o acompanhamento do(a) Fisioterapeuta docente da IES Dr.(a) _____ (Nome do(a) Fisioterapeuta Docente da IES),

CREFITO-10 n° _____, sendo ambos corresponsáveis pela oferta do estágio curricular não obrigatório junto ao CREFITO-10.

Encaminho juntamente com este cadastro, **02 fotos 2x2 recentes**, para serem usadas na confecção de meu crachá de estagiário conforme Art. 12 da Resolução COFFITO 432/13.

Por ser verdade, firmamos o presente.

Nome e assinatura do Acadêmico

Nome e assinatura do Coordenador do Curso

Nome e assinatura do Fisioterapeuta Docente responsável pela supervisão do Estágio

Nome e assinatura do Fisioterapeuta supervisor da Unidade Concedente