



CREFITO10

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 10ª REGIÃO

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

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE UNIDADE CONCEDENTE DE ESTÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO EM FISIOTERAPIA

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

Ao CREFITO-10

O presente serviço de Fisioterapia, denominado _____
_____(Nome do Serviço, Clínica, Hospital ou Profissional),
vem por meio deste, em cumprimento ao Art. 3º da Resolução CREFITO-10 nº 09,
de 24 de Janeiro de 2014, e sob a responsabilidade de seu representante legal Dr.
(a)_____,RG:_____,
CPF: _____ CREFITO-10 nº _____, registrar a oferta de
estágio curricular não obrigatório em Fisioterapia, aos moldes da legislação e
regulamentações vigentes, junto à _____
_____(Nome da Instituição de Ensino Superior
conveniada) num total de _____ vaga (s) (número de vaga(s)), nas seguintes
proporções de vagas por área de atuação e correlação com profissional responsável:

NÚMERO DE VAGAS	ÁREA DE ATUAÇÃO	FISIOTERAPEUTA RESPONSÁVEL / Nº CREFITO/ ESCALA DE TRABALHO

Respeitando o previsto no Art. 7º da Resolução COFFITO 432 de 27 de Setembro de 2013 e, em cumprimento ao Art. 3º da mesma Resolução, apresenta em anexo a seguinte documentação obrigatória:

DOCUMENTOS

Cópia do Termo de Compromisso entre a unidade concedente/acadêmico/IES
Cópia da Declaração de Regularidade de Funcionamento (DRF)
Documento(s) comprobatório(s) da experiência profissional do(s) fisioterapeuta(s) responsável pela área de atuação do(a) estagiário(a).

Registramos, ainda, a ciência de que o envio da documentação acima descrita é realizado anteriormente ao início das atividades de estágio não obrigatório e que este serviço de Fisioterapia oferece instalações, materiais, equipamentos e demais condições de proporcionar ao acadêmico, atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, garantindo a qualidade da assistência fisioterapêutica.

Mediante o exposto e documentação apresentada, solicita ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região – CREFITO-10, o deferimento desta inscrição.

Cordialmente,

(Nome legível, assinatura e carimbo do responsável)