



CREFITO-9

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 9ª REGIÃO

Rua H, Lote 02, Quadra 04, Setor A- Centro Político Administrativo- CEP:78.049-911, Cuiabá/MT, FONE(65)3644-4272

Exm^a. Sr^a. Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região

REQUERIMENTO DE TRANSFERENCIA DE OUTRO CREFITO

Dr.(a) _____
_____ Inscrito(a) no CREFITO _____ sob
o nº _____, por estar exercendo a profissão em área da jurisdição
do _____ CREFITO-9, e _____ residindo à

_____ Bairro _____, cidade _____
Estado _____, CEP _____, fone(s) _____,
e-mail _____

Vem mui respeitosamente requerer **TRANSFERÊNCIA** para este Regional, nos termos da Resolução COFFITO 8/78.

Nestes termos,

Peço deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.

(Assinatura)

Anexar:

- Original de carteira e cédula profissional;
- Duas fotografias, formato 3x4(terno e gravata para os homens).