



REQUERIMENTO DE APOSTILAMENTO DE NOME

Ilma Senhora.

Presidente do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região CREFITO – 12.

PROFISSIONAL: _____,
Inscrito(a) neste Regional sob o nº CREFITO-12/ _____, Residente
à _____,
Bairro _____ Cidade: _____, Estado _____,
CEP: _____ - _____, fone(s) (____) _____,
Email: _____

Vem mui respeitosamente, requerer **Apostilamento de Nome**, em virtude da mudança de estado civil (casamento, separação judicial, adoção e reconhecimento paternidade), que passou a assinar como:
Dr.(a). _____

_____, anexando para isto a documentação necessária, nos termos da resolução COFFITO-8/78.

Anexar:

- Cópia simples do diploma;
- Original da carteira e cédula de identidade Profissional;
- Uma foto 3x4 (de frente e recente);
- Cópia simples da certidão de casamento (com desquite averbado, quando for o caso);
- Uma cópia simples do título de eleitor, RG e CPF ;

Obs1: Quando se tratar de reconhecimento de paternidade, anexar decisão judicial.

Obs2: Os Profissionais que protocolarem na Sede ou Delegacias, as cópias terão que vim acompanhadas dos originais para conferência.

Nestes termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Através deste documento, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região a enviar pelo correio, por meio de A.R. meus documentos referente ao registro.

Para o seguinte endereço:

Rua/Avenida: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Fone: _____

Obs: Alterar o endereço do cadastro para o acima descrito:

() Sim () Não

Outrossim, isento, neste ato, o CREFITO-12, de qualquer responsabilidade no caso de eventual extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

_____, _____ de _____ de _____

Local e Data

Nome legível e/ou assinatura