

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

# CADASTRO DE ESTAGIÁRIO DE TERAPIA OCUPACIONAL 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 Terapia Ocupacional, 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 Terapia Ocupacional, aos moldes da legislação e regulamentações vigentes, a ser realizado no período de / / a / / , na Unidade Concedente denominada

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

sob a supervisão direta do(a) Terapeuta Ocupacional da unidade concedente Dr.(a)

 (Nome do Terapeuta Ocupacional responsável),

CREFITO-10 nº e sob o acompanhamento do(a) Terapeuta Ocupacional docente da IES Dr.(a) (Nome do(a) Terapeuta Ocupacional Docente da IES), CREFITO-10 nº , sendo ambos corresponsáveis pela oferta do estágio curricular não obrigatório junto ao CREFITO-10.

Encaminho juntamente com este cadastro, **02 fotos 2x2 ou 3X4 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 Terapeuta Ocupacional Docente responsável pela supervisão do Estágio

 Nome e assinatura do Terapeuta Ocupacional supervisor da Unidade Concedente