

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

# REQUERIMENTO DE REGISTRO DE UNIDADE CONCEDENTE DE E STÁGIO CURRICULAR NÃO OBRIGATÓRIO EM TERAPIA OCUPACIONAL

, / / .

(Local) (Data)

Ao CREFITO-10

O presente serviço de Terapia Ocupacional, 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 Terapia Ocupacional, 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** | **TERAPEUTA OCUPACIONAL RESPONSÁVEL / Nº CREFITO/ ESCALA DE TRABALHO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Respeitando o previsto no Art. 7º da Resolução COFFITO 4532 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) terapeuta ocupacional(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 Terapia Ocupacional oferece instalações, materiais, equipamentos e demais condições de proporcionar ao acadêmico, atividades de aprendizagem social, profissional e cultural, garantindo a qualidade da assistência de Terapia Ocupacional.

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)