Serviço Público Federal
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região
CREFITO-1

PROTOCOLO nº_____

Data:_____/_____/_____

_____
Servidor

REQUERIMENTO ESTAGIÁRIO

SR (A). PRESIDENTE (A) DO CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 1ª REGIÃO CREFITO-1

Nome Civil:_____
Nome Social:_____
Endereço:_____nº_____
Complemento:_____
Bairro:_____CEP:_____Cidade:_____UF:___CPF: _____
Tel:( )_____ /( )_____ E-mail:_____ Data de Nascimento:___/___/_____
Filiação:_____
_____
RG nº:_____ org.exp:_____UF___data de exp: ___/___/_____
Tipo sanguíneo e fator RH: _____
Instituição de Ensino Superior:_____
Local de realização do estágio (Unidade concedente):_____
Crachá de: ( )Fisioterapia ou ( )Terapia Ocupacional

- Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas (Art. 299, Código Penal).

Pede deferimento,

_____,_____/_____/_____
(Local) (Data)

_____
Assinatura

Documentação necessária:

• Requerimento de estagiário, devidamente preenchido e assinado.
• 01 fotos 3x4, de frente, roupa formal, de acordo com a Portaria nº 009/2021.
• Cópia do Termo de Compromisso entre a unidade concedente/acadêmico/IES, indicando o nome do fisioterapeuta/terapeuta ocupacional docente da IES que será responsável pelo acompanhamento dos relatórios realizados pelo acadêmico e contendo a carga horária semanal do estágio não obrigatório, com a respectiva escala contendo os dias e horários em que o estágio irá acontecer;
• Cópia de ofício da coordenação do curso informando:
- Se o aluno está matriculado;
- Se o o aluno está cursando o estágio obrigatório do curso;
- Se o aluno está cursando o penúltimo ano do curso;
- Se o aluno cumpriu todos os conteúdos teóricos inerentes à área do estágio;
- A carga horária semanal do estágio obrigatorio;
• Ofício da unidade concedente informando: o nome do profissional do serviço que será resonsável pelo acompanhamento do aluno no estágio, o número de vagas nas respectivas áreas de atuação, oferecidas para estágio e Relação nominal dos fisioterapeutas ou terapeutas ocupacionais das unidades concedentes e suas respectivas escalas de trabalho;
• Cópia da Declaração de Regularidade de Funcionamento (DRF) da unidade concedente;
• Cópia e original da Carteira de Identidade (RG) (nNão aceitamos CNH, conforme Resolução COFFITO nº 08/1978).
• Cópia e original do CPF.
• Cópia e original da Comprovante de Residência.