



REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Nº Protocolo	202 /
Nº Registro	- /
ESPAÇO RESERVADO PARA O CREF19/AL	

FOTO 3X4

Ampliação de Categoria

Ampliação de Área de Atuação

Mudança de Área de Atuação

Informações Pessoais/Acadêmicas		Preencher com letra de forma legível e sem rasuras	
Nome completo:			
Número do Registro:		Estado Civil:	
E-mail:			
Nº do Documento de Identificação:		Órgão Emissor:	
Data de Expedição: ____/____/____	CPF:		
Endereço:			Nº:
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	
Celular:	Telefone Fixo:	Fax:	
Nome da Instituição:			
Tipo de Título:	Licenciatura	Bacharelado	Outro
Data de Conclusão: ____/____/____	Data da Colação de Grau	____/____/____	
Data de Ingresso: ____/____/____	Área de Atuação Profissional:		
Base Legal do Curso:			
Provisionado – Área de Atuação:			
A Pessoa Física acima identificada requer ao (a) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região – CREF19/AL, a ampliação de categoria e/ou ampliação da área de atuação e/ou mudança da área de atuação, conforme documentos em anexo, quais sejam: 2 fotos 3x4 de fundo branco, recente e colorida, para documento oficial; Devolução da Cédula de Identidade Profissional; Cópia autenticada, frente e verso, do diploma; Cópia autenticada do histórico escolar de graduação; Cópia autenticada da certidão de conclusão do curso (em casos de diploma que consta em tramitação); Cópia do protocolo de entrada de diploma (em casos de diploma que consta em tramitação); Comprovante de residência (em casos de alteração de endereço); Cópia autenticada dos documentos comprobatórios de atuação (em casos de provisionados).			

Declaro que possuo ciência e autorizo, expressamente, neste ato, a coleta, armazenamento e tratamento dos meus dados aqui descritos, em atenção ao que dispõe a Lei nº 13.709/2018.

Declaro, também, estar CIENTE que o presente requerimento e a documentação anexa serão submetidos à análise e tramitação interna do CREF19/AL, com prazo de conclusão de 30 (trinta) dias, prorrogáveis por igual período. Nestes Termos, pede deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.
(Local e data)

Assinatura do Profissional

Recebido em: ____/____/____

Funcionário(a) do CREF19/AL