



**TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INFORMAÇÃO DE ATUAÇÃO  
COMO PROFISSIONAL DO QUADRO TÉCNICO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Profissional de Educação Física registrado(a) no CREF19/AL sob o nº \_\_\_\_\_,  
declaro perante o Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região – CREF19/AL, estar ciente da  
responsabilidade que possuo como Profissional de Educação Física que presta serviços pela Pessoa  
Jurídica: \_\_\_\_\_, no  
campo das atividades físicas, desportivas e/ou similares, comprometendo-me a comunicar ao  
CREF19/AL o meu afastamento desta função, caso venha a ocorrer.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local e data)

**CREF19/AL**

ASSINATURA DO(A) PROFISSIONAL COM FIRMA RECONHECIDA

**OBSERVAÇÃO:** Não será necessário o reconhecimento de firma, na assinatura, quando for apresentada a cópia da Cédula de Identidade Profissional (CIP), ou quando o Profissional estiver presente no ato da entrega deste ao atendimento do CREF19/AL, porém a assinatura deve estar em conformidade com a contida na CIP.