



**REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

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

**REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE TAXA DE ANUIDADE PARA PORTADORES DE DOENÇAS GRAVES**

<b>Informações Pessoais:</b>		<b>Preencher com letra de forma legível e sem rasuras</b>	
Nome completo:			
Número do Registro:		Estado Civil:	
E-mail para contato:			
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:	
<b>Diagnóstico:</b>			
CID:			
Doença:			
Data do Diagnóstico (caso informado no laudo pericial):			
Data em que foi contraída a doença (caso haja):			
Validade do Laudo Pericial:			
<b>Anuidade a ser isenta:</b>			
Exercício de:			
Declaro ainda, para fins de direito, sob as penas da lei, que as informações ora prestadas, bem como o laudo pericial anexado a este, são verídicos e autênticos, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica), bem como responsabilidade ético profissional capitulada no Código de Ética do Profissional de Educação Física.			
Venho, portanto, requerer a isenção da minha anuidade junto a esse CREF, com base na Resolução CONFEF nº 347 de 16 de novembro de 2017, declarando estar de acordo com a Resolução citada, com o Código de Ética Profissional do CONFEF e demais atos emanados pelo Sistema CONFEF/CREFs.			

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