cref19/AL
Conselho Regional de Educação Física
da 19ª Região

FOTO 3X4

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

REVIGORAMENTO DE REGISTRO PROFISISONAL

Informações Pessoais:	**Preencher com letra de forma legível e sem rasuras**		
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:	
Local de Trabalho:			
Endereço:		Nº:	
Comp.:	Bairro:	Cidade:	
UF:	Ponto de Referência:	CEP:	

Complementação de Graduação em Educação Física			
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:		Cidade que Cursou:	
Provisionado – Área de Atuação:			

A pessoa física acima identificada requer ao (a) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 19ª Região - CREF19/AL, o revigoramento de seu registro pelo(s) motivo(s) alegados abaixo:

_____

_____

_____

_____

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