

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

Marque o Tipo de Processo

PRIMEIRO REGISTRO	REGISTRO SECUNDÁRIO
RENOVAÇÃO DE CIP	REVIGORAMENTO DE REGISTRO
SEGUNDA VIA DE CIP	AMPLIAÇÃO DE CATEGORIA
AMPLIAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO	MUDANÇA DE ÁREA DE ATUAÇÃO

***A FALTA DE QUALQUER DOCUMENTO E/OU APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS ILEGÍVEIS OU COM RASURAS IMPEDIRÁ O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO PARA ANÁLISE.**

Informações Pessoais

NOME COMPLETO:			
SEXO: M	F	DATA DE NASCIMENTO: ___/___/_____	ESTADO CIVIL:
NATURALIDADE:	UF:	NACIONALIDADE:	
FILIAÇÃO PAI:			
MÃE:			
E-MAIL:			
INSTAGRAM:		FACEBOOK:	
LINKEDIN:		TELEGRAM:	

Documentos de Identificação:

Nº DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:	ORGÃO EMISSOR:
DATA DE EXPEDIÇÃO: ___/___/_____	CPF:

Endereço Residencial:

ENDEREÇO:	Nº:
COMP.:	BAIRRO:
CIDADE:	CEP:
CELULAR:	TEL.:

Informações Acadêmicas - 1ª Graduação

NOME DA INSTITUIÇÃO:	POLO:		
COMP.:	BAIRRO:	UF:	
CIDADE:	CEP:		
CELULAR:	TEL.:		
TIPO DE TÍTULO:) LICENCIATURA) BACHARELADO) OUTRO _____
DATA DE CONCLUSÃO: ___/___/_____	DATA DE COLAÇÃO DE GRAU: ___/___/_____		
DATA DE INGRESSO: ___/___/_____	CIDADE QUE ESTUDOU:		

(Continua – vide verso)

MODALIDADE:	PRESENCIAL	EAD	OUTROS: _____
ESPECIFIQUE O TURNO:	MANHÃ	TARDE	NOITE OUTROS: _____
BASE LEGAL DO CURSO:			
LOCAL DO ESTÁGIO:			
E-MAIL OFICIAL DA INSTITUIÇÃO:			
NOME DO COORDENADOR DO CURSO:			

Informações Acadêmicas - 2º Graduação

NOME DA INSTITUIÇÃO:			POLO:	
COMP.:		BAIRRO:		UF:
CIDADE			CEP:	
CELULAR:		TEL.:		
TIPO DE TÍTULO:	LICENCIATURA	BACHARELADO	OUTRO _____	
DATA DE CONCLUSÃO:	___/___/___	DATA DE COLAÇÃO DE GRAU:	___/___/___	
DATA DE INGRESSO:	___/___/___	CIDADE QUE ESTUDOU:		
MODALIDADE:	PRESENCIAL	EAD	OUTROS: _____	
ESPECIFIQUE O TURNO:	MANHÃ	TARDE	NOITE	OUTROS: _____
BASE LEGAL DO CURSO:				
LOCAL DE ESTAGIO:				
E-MAIL OFICIAL DA INSTITUIÇÃO:				
NOME DO COORDENADOR DO CURSO:				

Registro de Provisionado

PROVISIONADO - ÁREA DE QUALIFICAÇÃO:	
DECISÃO JUDICIAL:	

Pós - Graduação

STRICTO SENSU (MESTRADO, DOUTORADO E/OU PÓS-DOUTORADO):			
ÁREA(S):			
INÍCIO:	___/___/___	CONCLUSÃO:	___/___/___
INSTITUIÇÃO:			

Declaro que as informações contidas neste formulário são a expressão da verdade, portanto, solicito a minha inscrição junto ao CRE19/AL, com base no Art. 2º da Lei 9.696/98. (Alterada pela Lei Nº 14.386/22). Declaro estar de acordo com o Código de Ética Profissional do CONFEF e com todas as resoluções emitidas pelo CREF19/AL.

(Continua – vide verso)



Afirmo estar ciente, de que em caso de afastamento temporário ou definitivo de minhas atividades como Profissional de Educação Física deverei comunicar por escrito e subscrita, a **solicitação de suspensão** dos meus direitos e obrigações perante o Sistema CONFED/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.

Observação:

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

Assinatura do Profissional