

Conselho Regional de Educação Física da 1ª Região – CREF1

Rio de Janeiro

REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL - PROVISIONADO

1. DADOS PESSOAIS				(PREENCHIMENTO INTERNO)	
NOME			CPF		
RG	ÓRGÃO EMISSOR		DATA DE EMISSÃO		
FILIAÇÃO:					
MÃE					
PAI					
ESTADO CIVIL		NATURALIDADE		NACIONALIDADE	
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA			
____/____/____	() M () F () S () N	QUAL?			
TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR			
EMAIL					
2. ENDEREÇO RESIDENCIAL					
ENDEREÇO COMPLETO					
BAIRRO		CIDADE	ESTADO	CEP	
3. DADOS DO LOCAL DE TRABALHO					
RAZÃO SOCIAL					
ENDEREÇO COMPLETO					
BAIRRO		CIDADE	ESTADO	CEP	
TELEFONES					
CARGO			ÁREA DE ATUAÇÃO		
MODALIDADE SOLICITADA:					
GRAU DE ESCOLARIDADE					
() 1º GRAU COMPLETO		() 2º GRAU COMPLETO		() 3º GRAU COMPLETO	
() 1º GRAU INCOMPLETO		() 2º GRAU INCOMPLETO		() 3º GRAU INCOMPLETO	
CURSOS DE GRADUAÇÃO (3º GRAU)					
ANO DA CONCLUSÃO OU PERÍODO CURSANDO: _____					
INSTITUIÇÃO: _____					
ÁREA: _____					
AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, PORTANTO SOLICITO MINHA INSCRIÇÃO NO CREF1 COM BASE NO ARTIGO 2º DA LEI 9.696/98.					
DECLARO ESTAR DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES E COM CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SISTEMA CONFEF/CREF's.					
NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.					
LOCAL E DATA:					
_____, _____ DE _____ DE _____.			_____		
PREENCHIMENTO INTERNO CREF1 PRO _____			ASSINATURA DO SOLICITANTE		
PF _____			PF _____		

SEDE : Rua Adolfo Mota, 104 - Tijuca - Rio de Janeiro/RJ CEP 20540100

Telefone: (21) 2569-6629 | Whatsapp: (21) 97005-3631 | Site: www.crefl.org.br | E-mail: crefl@crefl.org.br

SEDE ESPÍRITO SANTO: Av. Nogueira Seabra, 100 - Vitória - ES CEP 35000-000

Telefone: 27-3227-1111

SEDE SÃO PAULO: Rua São João, 250 - São Paulo - SP CEP 01033-000

CCO: Rua São João, 250 - São Paulo - SP CEP 01033-000