

REQUERIMENTO DE REGISTRO SECUNDÁRIO

Ilmo(a) Senhor(a)
Presidente do CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA ____ª. REGIÃO,

Eu, _____,
fonoaudiólogo(a) registrado(a) no CRFa-____ª. Região sob o Nº _____, de acordo com o art. 9º da Resolução CFFa Nº 494/2016, venho requerer a VSa. o **REGISTRO SECUNDÁRIO**, por motivo de atuação simultânea no CRFa-____ª. Região.

Para tanto, anexo ao presente os seguintes documentos:

- a) Carteira de Identidade Profissional original;
- b) 2 (duas) fotografias 3x4 cm iguais, recentes, com fundo branco, sem data, sem borda, sem marcas, roupa de cor escura, sem óculos de sol ou grau, sem chapéu ou adereços que dificultem a identificação do profissional, bem como camisa regata, decotes ou trajes não condizentes com a dignidade da profissão fonoaudiológica;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Casamento, com divórcio, separação ou averbação de alteração de nome, quando for o caso;
- d) Cópia autenticada da Carteira de Identidade (RG).

Endereço Residencial

Logradouro		Número	
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	CEP
Tel. Res.: ()	Celular ()	E-mail	

Endereço Comercial na Segunda Jurisdição

Logradouro		Número	
Complemento		Bairro	
Cidade		UF	CEP
Tel. Com.: ()	Endereço para correspondência: () Residencial () Comercial		

Declaro que estou ciente de que deverei manter sempre os meus endereços atualizados em ambos os Conselhos e de que deverei requerer a baixa do meu Registro Secundário, caso deixe de atuar na jurisdição do CRFa-____ª. Região.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do(a) profissional