



Nº PROT: _____ / _____

REG: _____ - ____ / ____

(espaço reservado para o CREF12/PE)

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

Preencher de forma legível e sem rasuras

Informações Pessoais:

Nome: _____ Sexo: ()M ()F

Número do Registro: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

E-mail: _____ Fone: _____

Venho, pelo presente, requerer à (o) Presidente do Conselho Regional de Educação Física da 12ª Região/Pernambuco, a isenção do pagamento da anuidade, conforme disposto na resolução nº 347/2017 do Conselho Federal de Educação Física – CONFED informando que sou portador(a) da seguinte doença:

CID: _____

Doença: _____

Data do diagnóstico (caso informado no laudo pericial): _____

Data em que foi contraída a enfermidade (caso haja): _____

Validade do laudo pericial (caso informado): _____

Solicito, portanto, a isenção da anuidade do 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 autêntico, 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.

Local e data:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do profissional

Recebido em: ____ / ____ / ____

Funcionário do CREF12/PE