



REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESPECIALISTA

Nome: _____ CPF: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Identidade: _____ Número do Registro: _____ () Licenciado () Bacharel Especialidade Requerida: _____
ENDEREÇOS RESIDENCIAL
Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____ Celular: _____ E-mail: _____
ENDEREÇOS LABORAL
Empresa: _____ Endereço: _____ Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ UF: _____ Telefone: _____ E-mail: _____
ESPECIALIZAÇÕES
Instituição: _____ Título do Curso: _____ Carga Horária Total: _____ Período de realização - Início ____/____/____ Conclusão: ____/____/____ Instituição 2: _____ Título do Curso 2: _____ Carga Horária Total: _____ Período de realização - Início ____/____/____ Conclusão: ____/____/____

As informações contidas neste formulário são a expressão da verdade. Venho, portanto, requerer meu registro de especialidade no Conselho Regional de Educação Física da 12ª Região/Pernambuco - CREF12/PE, com base na Portaria CONFEEF nº 234, de 13 de março de 2017, declarando estar de acordo com as normas específicas do Sistema CONFEEF/CREFs. Ademais, autorizo a disponibilização do meu nome e número de registro no portal do Sistema CONFEEF/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. Nestes termos, peço deferimento.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura