



REQUERIMENTO DE REGISTRO DE PESSOA FÍSICA



Registro nº _____ (informação preenchida pelo CREF9/PR)

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: _____ Sexo: M () F ()
Filiação Pai: _____ Estado Civil _____
Mãe: _____ Nacionalidade: _____ UF: _____
Naturalidade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Telefone: () _____ Celular: () _____
Email: _____

DOCUMENTOS

CPF: _____ Identidade: _____ Emissão: ____/____/____ Órgão Emissor: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____
Nº complemento: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

INFORMAÇÕES ACADÊMICAS

Formado pela Instituição: _____

Tipo de Título: Bacharelado () Licenciatura () Outros: _____

Data de Conclusão: ____/____/____ Área de Atuação Profissional: _____

Data de Ingresso: ____/____/____ Base Legal: _____

Formado pela Instituição: _____

Tipo de Título: Bacharelado () Licenciatura () Outros: _____

Data de Conclusão: ____/____/____ Área de Atuação Profissional: _____

Data de Ingresso: ____/____/____ Base Legal: _____

PÓS GRADUAÇÃO

Stricto Sensu (especializações): _____

Áreas: _____ Data de Início: ____/____/____ Conclusão: ____/____/____

Instituições: _____

Stricto Sensu (mestrado, doutorado e/ou pós-doutorado): _____

Áreas: _____ Data de Início: ____/____/____ Conclusão: ____/____/____

Instituições: _____

As informações contidas neste formulário são a expressão da verdade. Venho, portanto, requerer meu registro no Conselho Regional de Educação Física da 9ª Região do Estado do Paraná - CREF9/PR, com base nos incisos I e II do artigo 2º, da Lei nº 9.696, de 01 de setembro de 1998, declarando estar de acordo com o Código de Ética Profissional do CONFEF e demais atos emanados pelo Sistema CONFED/CREFs.

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 de meus direitos e obrigações perante ao Sistema CONFED/CREFs.

Comprometo-me ainda a informar meu endereço comercial tão logo haja admissão, bem como os dados de futuras pós-graduações.

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.

Estou ciente que a retirada da Cédula de Identidade Profissionais será feita por mim na sede ou através de autorização expressa (via procuração ou declaração com firma reconhecida) ou postada para o endereço fornecido via Sedex à Cobrar.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data: _____ Assinatura: _____