

# Conselho Regional de Educação Física da 1ª Região – CREF1

Rio de Janeiro e Espírito Santo

## REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL - GRADUADO

1. DADOS PESSOAIS		PF (PREENCHIMENTO INTERNO)	
NOME		CPF	
RG	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EMISSÃO	
FILIAÇÃO: MÃE			
PAI			
ESTADO CIVIL		NATURALIDADE	NACIONALIDADE
DATA DE NASCIMENTO	SEXO ( ) M ( ) F	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA ( ) 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	
4. INFORMAÇÕES ACADÊMICAS			
INSTITUIÇÃO ONDE SE FORMOU			
CURSO E ANO DE COLAÇÃO DE GRAU			
( ) LICENCIATURA _____ ( ) BACHARELADO _____ ( ) OUTRO _____			
PÓS GRADUAÇÃO			
LATU SENSU (ESPECIALIZAÇÕES) _____			
INSTITUIÇÕES _____			
ÁREA(S) _____		ANO CONCLUSÃO _____	
<b>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.</b>			
<b>DECLARO ESTAR DE ACORDO COM AS RESOLUÇÕES E COM CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SISTEMA CONFEF/CREF'S.</b>			
<b>NESTES TERMOS, PEÇO DEFERIMENTO.</b>			
LOCAL E DATA:			
_____, _____ DE _____ DE _____.			
PREENCHIMENTO INTERNO CREF1 PRO _____		ASSINATURA _____	
PF _____		PF _____	

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

Telefone: 21-2569-6629 Fax: 21-2569-2396 [www.crefl.org.br](http://www.crefl.org.br) [crefl@crefl.org.br](mailto:crefl@crefl.org.br)

SEDE ESPÍRITO SANTO: Avenida Nossa Senhora da Penha, 699, Torre B, 701 a 705 Ed. Century Towers, Santa Lúcia – Vitória/ES – cep: 29056-250

Telefone: 27-3227-1622 Fax: 21-3227-1622 [www.crefl.org.br](http://www.crefl.org.br) [crefl@crefl.org.br](mailto:crefl@crefl.org.br)

CGC 03 617 694/0001-07 • Insc. Mun. 318.831-0