

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

Rio de Janeiro e Espírito Santo

## REQUERIMENTO DE REGISTRO PROFISSIONAL - PROVISIONADO

1. DADOS PESSOAIS		(PREENCHIMENTO INTERNO)	
NOME		CPF	
RG	ÓRGÃO EMISSOR	DATA DE EMISSÃO	
FILIAÇÃO:			
MÃE			
PAI			
ESTADO CIVIL		NATURALIDADE	NACIONALIDADE
DATA DE NASCIMENTO	SEXO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA FÍSICA	
____/____/____	( ) M ( ) F ( ) 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	
MODALIDADE SOLICITADA:			
GRAU DE ESCOLARIDADE			
( ) 1º GRAU COMPLETO	( ) 2º GRAU COMPLETO	( ) 3º GRAU COMPLETO	
( ) 1º GRAU INCOMPLETO	( ) 2º GRAU INCOMPLETO	( ) 3º GRAU INCOMPLETO	
CURSOS DE GRADUAÇÃO (3º GRAU)			
ANO DA CONCLUSÃO OU PERÍODO CURSANDO: _____			
INSTITUIÇÃO: _____			
ÁREA: _____			
<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 DO SOLICITANTE _____	
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: Av. Nossa Sra da Penha, 699 – Torre B, 701 a 705 – Ed. Century Tower – Santa Lucia – 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