Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região – CREFITO-8
Rua Germano Mayer, 2272 – Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-340 | Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.gov.br

# Declaração Individual
# Docente Supervisor ou Preceptor de Estágio – FISIOTERAPIA

**Dados do profissional:**

Nome: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° Registro Crefito-8|__|__|__|__|__|__|-F
Telefone |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__| Celular |__|__|- |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
e-mail |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Dados do local do estágio:**

**Instituição de Ensino:** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
**Nome do local do estágio**: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

**Dias de trabalho e horário de supervisão ao estudante:**

| Dias de trabalho | ( ) Segunda | ( ) Terça | ( ) Quarta | ( ) Quinta | ( ) Sexta | ( ) Sábado | ( ) Domingo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Horário de Atendimento | | | | | | | |

Declaro exercer com autonomia as funções de supervisor de estágio de Fisioterapia em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Lei 11.788/08, Resoluções COFFITO 431/13, 424/13 e 139/92. Declaro ainda, ter conhecimento do dever de comunicar ao Conselho sobre toda e qualquer alteração relacionada à supervisão do estágio, mantendo permanentemente atualizados os dados cadastrais.

Local e data: ________________________________, _______ de _________________________ de _________.

______________________________________________________________________________

**Assinatura do docente supervisor ou Preceptor de estágio**

nº de Inscrição Crefito-8: _________________

Dúvidas de preenchimento: 0800 645 2009 / registro@crefito8.gov.br
www.crefito8.gov.br