Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região – CREFITO-8
Rua Jaime Balão, 580 – Hugo Lange – Curitiba-PR – 80040-340 | Fone: 0800-645-2009
www.crefito8.gov.br

Declaração Individual

Docente Supervisor ou Preceptor de Estágio – TERAPIA OCUPACIONAL

Dados do profissional:

Nome: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CPF |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° Registro Crefito-8|__|__|__|__|__|__| - TO

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 ou preceptor de estágio de Terapia Ocupacional em atendimento ao preceituado na Lei 6.316/75, Lei 11.788/08, Resoluções COFFITO 451/15, 425/13 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 do estágio

Nº do Crefito-8: ________________

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