



Requerimento para Registro de Profissional Graduado

Informações Pessoais

Nome: _____ Sexo: M F
Pai: _____
Mãe: _____
Estado Civil: _____ Naturalidade: _____ UF: _____
Data de nascimento: ____/____/____ Grupo Sang: _____ Fator RH: _____ Doador: Sim Não

Endereço Residencial

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

Endereço Comercial

Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Empresa: _____ Telefone: _____

Documentos

Identidade _____ Orgão emissor: _____
Emissão: ____/____/____ CPF: _____

Informações Acadêmicas

Instituição: _____
Natureza do título: () Bacharelado () Licenciatura/Bacharelado (Res. CFE 03/1987)
() Licenciatura () Licenciatura/Bacharelado () Militar
Início (ano) _____ Conclusão (ano) _____

Pós Graduação

Especificar: _____

As informações contidas neste formulário são a expressão da verdade, Venho, portanto, requerer meu registro no Conselho Regional de Educação Física da 7ª Região - CREF7/DF, com base na resolução CONFEF nº 253, de 06 de maio de 2013, declarando estar de acordo com a resolução citada, com o Código de Ética Profissional do CONFEF e demais atos emanados pelo Sistema CONFEF/CREFs.

Declaro estar ciente que a anuidade do CREF7/DF é análoga a um tributo, e que o não pagamento da mesma implicará na inscrição da dívida ativa.

Brasília: ____/____/____

Assinatura do(a) Requerente