**REQUERIMENTO DE TÍTULO DE ESPECIALIDADE PROFISSIONAL**

Solicito análise da minha documentação e obtenção do título de especialista profissional, conforme dados abaixo, tendo em vista que iniciei o curso em período anterior a 14 de julho de 2010, data da publicação das Resoluções COFFITO nº 377 e 378/10, que dispõe sobre as nomes e procedimentos para obtenção do título de especialista profissional e tenho ciência de que a Instituição onde cursei, possui projeto pedagógico aprovado pelo COFFITO. <https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2022/02/Listagem-das-instituicoes-promotoras-de-cursos-2022.pdf>

Caso o meu pedido seja indeferido:

**( ) Solicito parecer de indeferimento**

**( ) Solicito que seja realizado registro com finalidade acadêmica** (*Estou ciente de que caso não seja marcada essa opção, após análise inicial do COFFITO, se não tiver direito ao título de especialista profissional, a documentação será devolvida sem nenhum registro)*

**NOME COMPLETO:**

**NÚMERO DE REGISTRO PROFISSIONAL:**

**CREFITO: CPF:**

**ENDEREÇO:**

**BAIRRO: CIDADE:**

**ESTADO: CEP:**

**TELEFONE: CELULAR:**

**EMAIL:**

**ESPECIFICAÇÃO DO CURSO:**

**Solicito o título de especialista, conforme especialidades reconhecidas pelo coffito:** (assinale dentre as opções abaixo listadas)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fisioterapia Aquática |
|  | Fisioterapia Cardiovascular |
|  | Fisioterapia Dermatofuncional |
|  | Fisioterapia do Trabalho |
|  | Fisioterapia em Gerontologia |
|  | Fisioterapia em Osteopatia |
|  | Fisioterapia em Quiropraxia |
|  | Fisioterapia em Terapia Intensiva - Adulto |
|  | Fisioterapia em Terapia Intensiva - Neonatologia e Pediatria |
|  | Fisioterapia Esportiva |
|  | Fisioterapia na Saúde da Mulher |
|  | Fisioterapia Neurofuncional na criança e no adolescente |
|  | Fisioterapia Neurofuncional no adulto e no idoso |
|  | Fisioterapia Oncológica |
|  | Fisioterapia Respiratória |
|  | Fisioterapia Traumato-Ortopédica |
|  | Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares |
|  | Terapia Ocupacional em Contextos Sociais |
|  | Terapia Ocupacional em Gerontologia |
|  | Terapia Ocupacional em Saúde Mental |
|  | Terapia Ocupacional na Saúde da Família |
|  | Terapia Ocupacional no Contexto Escolar |

Local e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Assinatura do profissional

**Anexar a este requerimento:**

Certificado original do curso;

Cópia do histórico do curso;

Cópia do diploma de graduação; e

Cópia de documento de identificação.

\*Os documentos originais serão devolvidos ao final do processo