| | | |
|---|---|---|
| CRFES | **REQUERIMENTO DE REGISTRO DE TÍTULO/HABILITAÇÃO** | FM-APF - 003<br>Revisão: 01<br>Atualização: 06/01/2022<br>**Página: 1 de 1** |

Não serão aceitos formulários com rasuras, emendas ou borrões.
É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto complemento de endereço.

## Dados pessoais:

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome: | | Nº de inscrição: | |
| Telefone: ( ) | | E-mail: | |

## Endereço:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Logradouro: | | | | Nº: | |
| Complemento: | | Bairro: | | | |
| Cidade: | | UF: | | CEP: | |

## Solicitação de registro de título:

| | |
|---|---|
| ☐ | Título de especialista (pós-graduação *lato sensu*) |
| ☐ | Título de mestre/doutor (pós-graduação *stricto sensu*) |
| ☐ | Título de especialista profissional farmacêutico (curso livre ou concurso de título) |
| ☐ | Sem título (comprovação por experiência, estágio, etc) |

## Solicitação de registro de habilitação:

| | |
|---|---|
| ☐ | Habilitação em saúde estética |
| ☐ | Habilitação em oncologia |
| ☐ | Habilitação em homeopatia |
| ☐ | Habilitação para atuar clinicamente em floralterapia |
| ☐ | Habilitação em vacinas |
| ☐ | Outra habilitação: _____ |
| ☐ | Sem habilitação (para registrar somente o título) |

## Termo de ciência:

Eu, requerente, declaro estar ciente de que, no que se refere à saúde estética, as atividades previstas na Resolução/CFF nº 573/13 estão, por ora, suspensas bem como os termos da Resolução/CFF nº 669/18, estando em vigor apenas os procedimentos previstos nas Resoluções/CFF nº 616/15 e 645/17. Autorizo o CRF-ES a efetuar o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com os artigos 7° e 11 da Lei n° 13.709/2018, com a finalidade requerida neste termo. O CRF-ES se responsabiliza pelos dados coletados e por manter medidas de segurança a proteger os dados pessoais do Titular e à ANPD.

_____, _____ de _____ de _____
CIDADE DIA MÊS ANO

_____
ASSINATURA DO REQUERENTE