

DECLARAÇÃO

Eu, Fgo(a) _____ (nome completo)
CRFa 2 - _____, com endereço à _____, nº _____,
complemento _____, Bairro _____ cep.: _____ cidade: _____

DECLARO ao Conselho Regional 2ª Região que, nos termos da Resolução CFFa nº 580, de 20 de agosto de 2020, que dispõe sobre a regulamentação da Telefonaudiologia:

- a. ter formação ou experiência na área da Telefonaudiologia;
- b. ter pleno conhecimento dos termos da Resolução CFFa Resolução CFFa nº 580/2020;
- c. ser responsável pela veracidade das informações prestadas na presente declaração.

Data: _____, _____ de _____ 2020.

Assinatura