

## 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 \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

Assinatura