



## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA 8ª REGIÃO

**IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**                      **REGISTRO N°** \_\_\_\_\_

**NOME DO PROFISSIONAL:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **TEL:** (    ) \_\_\_\_\_

**DIA E HORÁRIO DE TRABALHO:** \_\_\_\_\_

Declaro que, a partir desta data, assumo inteira responsabilidade pelas atividades ou serviços específicos de Fonoaudiologia, inclusive a concessão de estágios e sua supervisão, oferecidos pela empresa abaixo identificada.

**RAZÃO SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**CIDADE:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_ **TEL:** (    ) \_\_\_\_\_

**DIA E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA:** \_\_\_\_\_

Declaro, também que me comprometo a cumprir e a fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do Exercício Profissional do Fonoaudiólogo, através da Lei nº 6.965/81 e do Código de Ética Profissional do Fonoaudiólogo.

Estou ciente de que deverei comunicar ao Conselho Regional de Fonoaudiologia – 8ª Região, quando do encerramento de minhas atividades, enquanto Responsável Técnico.

Data : \_\_\_\_\_ Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_

### **A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA**

Declaramos estar cientes do presente Termo de Responsabilidade, firmado pelo fonoaudiólogo acima que, terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício de seu mister, assim como a sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos profissionais e trabalhistas, obriga-nos às responsabilidades legais.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura da pessoa credenciada pela Empresa: \_\_\_\_\_

**CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA - 8ª Região**  
**RN - CE - PI - MA**

**Av. Desembargador Moreira, 2120 – Sala 703 – CEP 60170-002 – Aldeota**  
**Fortaleza - Ceará**