

## IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO

Nº de Registro no Conselho

NOME DO PROFISSIONAL

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

ESTADO

TELEFONE  
(    )

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/INSTITUIÇÃO ABAIXO IDENTIFICADA NO(S) SEGUINTE(S) DIA(S) E HORÁRIO(S):

RAZÃO SOCIAL

DIA(S) DA SEMANA E HORÁRIO(S) DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (DISCRIMINADOS)

ENDEREÇO DA EMPRESA/ INSTITUIÇÃO

BAIRRO

CEP

TELEFONE  
(    )

CIDADE

ESTADO

E-MAIL

DECLARO, TAMBÉM, QUE ME COMPROMETO A CUMPRIR E A FAZER CUMPRIR O ESTABELECIDO NA REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO FONOAUDIÓLOGO, ATRAVÉS DA LEI **6.965/81** E DO CÓDIGO DE ÉTICA DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO. ESTOU CIENTE DE QUE DEVEREI COMUNICAR AO CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA-3ª REGIÃO, QUANDO DO ENCERRAMENTO DE MINHAS ATIVIDADES, ENQUANTO RESPONSÁVEL TÉCNICO.

LOCAL E DATA DAS INFORMAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO (OU NOME COMPLETO) DO PROFISSIONAL FONOAUDIÓLOGO

## A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA/INSTITUIÇÃO:

LOCAL E DATA DAS INFORMAÇÕES

ASSINATURA E CARIMBO (OU NOME COMPLETO) DO REPRESENTANTE LEGAL DA EMPRESA/INSTITUIÇÃO

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 SUA DIGNIDADE ÉTICO-PROFISSIONAL. QUALQUER VIOLAÇÃO AOS SEUS DIREITOS PROFISSIONAIS E TRABALHISTAS OBRIGA-NOS ÀS RESPONSABILIDADES LEGAIS.