

# DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_,  
nome completo

[ ] fisioterapeuta / [ ] terapeuta ocupacional, inscrito(a) no CREFITO 11 sob nº \_\_\_\_\_,

**DECLARO** o encerramento voluntário das minhas atividades profissionais a partir do dia  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ pelo(s) motivo(s) que se segue(m):

---

---

---

---

---

---

---

---

**DECLARO**, ainda, estar ciente de que a declaração falsa poderá ensejar instauração de processo criminal e de processo ético-disciplinar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura