TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)

_____ , _____ de _____ de _____

Eu, _____ Psicóloga(o) inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia da ____ª Região, sob o nº _____, R.G._____, C.P.F._____, RESPONSABILIZO-ME TECNICAMENTE pelo(s) Serviço(s) de Psicologia:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Prestado(s) na Pessoa Jurídica _____

localizada à _____

CEP_____-_____ Cidade_____ UF _____, e inscrita neste Conselho sob o Nº_____, na forma de:

◯ Registro_____ ◯ Cadastro_____

Comprometo-me a cumprir o disposto na Resolução CFP nº 006/2019 (ou resolução vigente).

Horário de Trabalho da(o) Responsável Técnica(o):

Dias da Semana	Horário
	às
	às
	às
	às
	às
	às

Responsável Técnica(o)

CRP _____

Assinatura _____

Contatos

Residencial: _____

Comercial: _____

Celular: _____

E-mail:_____

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE COMUNICAÇÕES ELETRÔNICAS

_____ , _____ de _____ de _____

Eu, _____,

(nacionalidade) _____ (estado civil) _____,

Psicóloga(o) inscrita(o) no CRP 06 sob o nº _____, inscrita(o) no CPF sob o nº _____, e no RG sob o nº_____, autorizo o Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região, autarquia federal criada sob a égide da Lei nº 5.766/1971, a enviar comunicações destinadas a mim, via correio eletrônico, sendo que as mesmas possuem caráter de notificação.

E-mail(s) para contato: _____

_____

Assinatura da(o) Responsável Técnica(o): _____

Nome por extenso de quem está autorizando:_____