



**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 N° \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_