

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)

_____, _____ de _____ de _____
(cidade) (dia) (mês) (ano)

Eu, _____,
psicóloga/o inscrita/o neste Conselho Regional de Psicologia sob o nº CRP 06/
RG _____, CPF _____, e-mail _____,
telefone _____, RESPONSABILIZO-ME TECNICAMENTE por serviços de Psicologia na(s)
área(s) abaixo listada(s), prestados na pessoa jurídica

localizada à _____,
CEP _____ – _____, cidade _____, UF _____,
e inscrita neste Conselho sob o nº CRP 06/_____.

Comprometo-me a cumprir o disposto na Resolução CFP nº 16/2019 ou outras que vierem a substituí-la,
bem como as demais normativas vigentes.

Área(s) de atuação da Psicologia correspondente(s) às atividades desenvolvidas

- | | |
|---|---|
| ☐ Clínica | ☐ Psicopedagogia |
| ☐ Organizacional e do Trabalho | ☐ Saúde |
| ☐ Tráfego | ☐ Hospitalar |
| ☐ Esporte | ☐ Orientação Profissional/Vocacional |
| ☐ Escolar/Educacional | ☐ Cursos/formações |
| ☐ Psicomotricidade | ☐ Ambiental |
| ☐ Neuropsicologia | ☐ Social/Comunitária |
| ☐ Avaliação Psicológica | ☐ Jurídica |

Horário de trabalho da/o Responsável Técnica/o

Dia da semana

Horário

às

às

às

às

às

às

Responsável Técnica/o

CRP 06/

Assinatura

AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE COMUNICAÇÕES ELETRÔNICAS

(cidade) , de de .
(dia) (mês) (ano)

Eu, ,
de nacionalidade , estado civil: , psicóloga/o inscrita/o no CRP SP
sob o nº , 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, tendo ciência de que estas
possuem caráter de notificação.

E-mails para contato

- 1.
- 2.
- 3.

Telefones para contato

- 1.
- 2.
- 3.

Assinatura da/o Responsável Técnica/o