

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___ RG: _____ CPF: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE RESIDENCIAL:(_) _____ TELEFONE CELULAR:(_) _____

EMAIL: _____

PROFISSÃO: _____

ATUA COMO FISIOTERAPEUTA KENESIO TAPING HÁ QUANTO TEMPO?



SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, _____ DE _____ DE 20____.

 ASSINATURA DA FISIOTERAPEUTA KENESIO TAPING



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:

- Idade a partir de 24 anos;
- Ter postura ética;
- Graduação na área da saúde
- Ter sido capacitada em curso de Formação com certificado para Kenesio Taping aplicado aos cuidados gestacionais ao pós parto;

CÓPIA DA CARTEIRA DE VACINAÇÃO COMPROVANDO IMUNIZAÇÃO – HEPATITE B, DUPLA ADULTA, TRIPLICE VIRAL-SCR (ATÉ 50 ANOS) E FEBRE AMARELA

Obs.: Entregar na secretaria da Diretoria HCM



GERÊNCIA DE FISIOTERAPIA: _____ DATA: _____

DIRETORIA CLÍNICA: _____ DATA: _____



