



## TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL

REGISTRO Nº \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ TEL: ( ) \_\_\_\_\_

DIA E HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

Declaro que, a partir desta data, assumo inteira responsabilidade pelas atividades ou serviços específicos de Fonoaudiologia, inclusive a concessão de estágios e sua supervisão, oferecidos pela empresa abaixo identificada.

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ TEL: ( ) \_\_\_\_\_

DIA E HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA: \_\_\_\_\_

Declaro também que me comprometo a cumprir e a fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do Exercício Profissional do Fonoaudiólogo, através da Lei nº 6.965/81 e do Código de Ética da Fonoaudiologia.

Estou ciente de que deverei comunicar ao Conselho Regional de Fonoaudiologia - 4ª Região, quando do encerramento de minhas atividades, enquanto Responsável Técnico.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Profissional \_\_\_\_\_

### A SER PREENCHIDO PELA EMPRESA

Declaramos estar cientes do presente Termo de Responsabilidade, firmado pelo fonoaudiólogo acima que, terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício de seu mister, assim como a sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus direitos profissionais e trabalhistas obriga-nos às responsabilidades legais.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura da pessoa credenciada pela Empresa: \_\_\_\_\_