

CENTRO DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES - CFC
REQUERIMENTO PARA VINCULAÇÃO DE PROFISSIONAL

ASSINALE A(S) ATIVIDADE(S):

- INSTRUTOR PRÁTICO INSTRUTOR TEÓRICO COORDENADOR P.A.
 DIRETOR-GERAL RETOR DE ENSINO
 MÉDICO CÓLOGO

Senhor Diretor-Geral do DETRAN/RS; encaminhamos a Vossa Senhoria a solicitação de
Vinculação de Profissional:

Profissional

Nome:.....
RG: CPF: Fone: (.....).....
E-mail:

CFC

Código:..... Nome:

Declaramos que as informações acima são verdadeiras e que estamos de acordo com as
condições estabelecidas pelo DETRAN/RS para Vinculação de Profissional.

Nestes termos, pedimos deferimento.

..... de de 20.....

Assinatura do Profissional

Assinatura do Diretor-Geral/Proprietário do CFC
Nome:
RG: