



CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA

ANEXO I

REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO/CHANCELA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA

Ilmo(a). Sr(a). Presidente do Conselho Federal de Fonoaudiologia,

Eu, _____,

CRFa _____, solicito obtenção/chancela do Título de Especialista em

_____, de acordo com as normas do Conselho Federal

de Fonoaudiologia. Abaixo, seguem meus dados pessoais:

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Filiação: _____

Endereço residencial: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Endereço para correspondência: _____

Bairro: _____ Cidade/UF: _____ CEP: _____

Tel. Res.: _____ Tel. Com.: _____ Cel.: _____

E-mail: _____

Local da Graduação (Universidade): _____

Ano da Conclusão: _____ Cidade/UF: _____

No caso de pedido de chancela de título de especialista auferido por instituição conveniada, preencher os dados do título obtido na referida instituição:

Nome da Instituição: _____

Ano de Obtenção: _____ Número do título: _____

Declaro, sob as penas da Lei, que são verdadeiros os dados consignados, bem como os documentos originais apresentados neste requerimento de acordo com a Resolução CFFa N° 832/2026, que dispõe sobre a reformulação dos critérios para concessão de título de especialista no âmbito da Fonoaudiologia.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura

SHN Quadra 2, Bloco F, Ed. Executive Office Tower, Salas 901/911

CEP: 70702-906 Brasília – DF

Fone: (61) 3322-3332 Fax: (61) 3321-3946

www.fonoaudiologia.org.br fono@fonoaudiologia.org.br