CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA
SANTA CATARINA - 12ª REGIÃO

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)

_____,____de_____de_____.

Eu,_____Psicóloga(o) inscrita(o) no Conselho Regional de Psicologia da ____ª Região, sob o nº_____, R.G._____, C.P.F._____, RESPONSABILIZO-ME TECNICAMENTE pelo(s) Serviço(s) de Psicologia:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

Prestado(s) na Pessoa Jurídica _____ localizada à_____CEP_____ Cidade_____UF_____, e inscrita neste Conselho sob o Nº_____, na forma de:_____Registro_____Cadastro_____.

Comprometo-me a cumprir o disposto na Resolução CFP nº 006/2019 (ou resolução vigente).
Horário de Trabalho da(o) Responsável Técnica(o):

Dias da Semana	Horário
	às
	às
	às
	às
	às

_____

Assinatura da(o) Responsável Técnica(o)
N° CRP_____

Contatos:

Comercial:_____
Celular:_____
E-mail:_____