

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 TÉCNICAMENTE pelo(s) Serviço(s) de Psicologia:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Prestado(s) na Pessoa Jurídica _____ localizada à _____
CEP _____ e _____ UF _____, e inscrita neste Conselho sob o Nº _____,
na forma de:

O Registro | O 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 Responsável Técnica(o): _____

CRP16/ _____

Contatos

Residencial: _____ Comercial: _____

Celular: _____ E-mail: _____