



Conselho Regional de Psicologia da Nona Região

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (RT)

Eu, _____ Psicóloga (o) inscrita (o) no Conselho Regional de Psicologia da 9ª 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	Horários
	às
	às
	às
	às
	às
	às

Contatos da (o) Responsável Técnica (o):

Residencial: _____ Comercial: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima e sob as penas da lei, assino a presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura da (o) Responsável Técnica (o)