

ILMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM
RADIOLOGIA DA 2ª REGIÃO – CEARA

Eu , _____
residente à Rua: _____
Compl. _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: _____ Cep. _____
Telefone Residencial _____ Telefone
Contato: _____ Telefone Celular _____
registrado no CRTR-02 Região sob o nº _____, venho requerer a V.Sa. a
mudança do registro de _____ em radiologia situação
provisória para situação principal, conforme anexo 01 via copia do diploma do
curso de radiologia autenticado em cartório ou reconhecido com original .

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura