



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2ª REGIÃO
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA ESTAGIÁRIOS

Senhor Diretor Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 2ª Região.

REQUERIMENTO DE ESTÁGIO-(Resolução CONTER N° 18 de 23 de Outubro de 2014).

DADOS DO ESTAGIÁRIO:

ESTAGIÁRIO: _____ RG n° _____ CPF
n° _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cep. _____ Cidade : _____ UF: _____
Telefone(____) _____ Celular(____) _____
E-mail: _____

DADOS/CONCEDENTE DO ESTÁGIO:

Nome: _____
CEE/CE n° _____ CNPJ: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cep: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone(____) _____ Celular(____) _____
E-mail: _____

SUPERVISOR DAS APLICAÇÕES DAS TÉCNICAS- SATR:

Nome: _____
CRTR N° _____ CPF: _____
Nome: _____
CRTR N° _____ CPF: _____

Na qualidade de concedente, venho REQUERER o registro do estudante estagiário acima qualificado O estudante está matriculado no Curso de _____ em Radiologia, ministrado pelo _____.

Para tanto, declaramos ciência das normas legais que regem os estágios supervisionados para o Curso de _____ em Radiologia, especialmente as constantes da Resolução CONTER n° 10, de 11 de novembro de 2011, e demais disposições legais que regem a matéria. Sabemos, ainda, que a documentação entregue para este ato perante o conselho ficará arquivada pelo período Máximo de 2 anos; após o decurso deste prazo, será incinerada, facilitando ao requerente o direito de reaver a documentação durante o período estipulado.

DECLARO, para todos os fins e efeitos, responsabilizar-me, sob as penas da Lei, por sua conduta, junto ao CRTR 2ª Região e terceiros, pelos atos privativos da profissão, praticadas no período de estágio solicitado.

Nesses termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Concedente

Assinatura do estagiário