



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

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____ CRTR N° _____,
cédula de identidade n° _____, declaro que retirei minha Cédula
de Identidade Profissional n° _____ datada de ____/____/____.

Declaro também estar ciente de que:

- Deverei portar a Cédula de Habilitação Profissional no exercício da atividade profissional, pois seu uso é OBRIGATÓRIO, sob pena de multa.
- Quando a cédula de identidade for PROVISÓRIA, deverei retornar dentro do prazo estipulado no documento, para apresentar documento faltante;
- É obrigatória a indicação do nome e número do CRTR em todos os documentos por mim assinados no exercício da profissão;
- Devo proceder de forma que me torne merecedor de respeito e que contribua para o prestígio e engrandecimento da classe;
- O exercício da profissão exige conduta compatível com os preceitos da Lei Federal 7.394/85, do Código de Ética, das Resoluções e com os demais princípios da moral, social e profissional;
- É obrigatória a atualização de endereço junto ao Conselho Regional;
- Para solicitar desligamento, é necessário estar em dia com suas obrigações junto a Tesouraria do Conselho Regional, trazer documento que comprove o não exercício da profissão e devolver a cédula de identidade profissional.

Por ser verdade as informações prestadas, firmo o presente documento em duas vias de igual teor e forma.

_____, _____ de _____ de 20____

CATEGORIA E NOME PROFISSIONAL

ASSINATURA