



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

REATIVAÇÃO DE REGISTRO PROFISSIONAL

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

Eu, _____,
C.P.F: _____ - RG nº _____ Org. Exped. _____
Telefone residencial: (____) _____ Celuar(____) _____
E-mail: _____
residente na _____ Nº _____ -
BAIRRO _____, CIDADE _____ UF _____ -
CEP: _____ - _____ Registrado nesse conselho sob o CRTR nº _____.

Venho requerer à V. Sa. **REATIVAÇÃO** do meu REGISTRO no quadro de profissionais deste CRTR ___ª REGIÃO, uma vez que estou retornando as minhas atividades no exercício da profissão de:

- () Tecnólogo em Radiologia;
- () Técnico em Radiologia;
- () Auxiliar em Radiologia.

Nesses termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

NOME PROFISSIONAL

Assinatura do Requerente