



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

TERMO DE INSCRIÇÃO

Eu, _____, portador da cédula de identidade (RG) nº _____ e do CPF nº _____, por meio deste, declaro ciência das responsabilidades, abaixo descritas, cabíveis a mim, no ato de minha inscrição junto a este conselho:

Efetuar a inscrição junto a este conselho não autoriza exercer as funções na área da Radiologia. Tais funções poderão ser exercidas somente após o comunicado do deferimento e retirada da credencial;

- O processo de Inscrição somente será analisado após apresentada toda a documentação exigida;
- O prazo para análise é de 45(quarenta e cinco) dias;
- O inscrito será informado, via ofício, do resultado da análise do processo;
- É de inteira responsabilidade do inscrito buscar informações sobre seu processo, passados os 45 (quarenta e cinco) dias da apresentação da documentação;
- A partir do deferimento do seu pedido, será gerada a anuidade, sendo este um requisito para retirada da credencial;
- **A não retirada da credencial e a não atuação na área da Radiologia não isenta do pagamento da anuidade;**
- A isenção da anuidade dar-se-á somente após o pedido de afastamento por escrito e assinado, quitação das anuidades anteriores a data do pedido e devolução da credencial, quando retirada;
- Manter endereço e telefone atualizados junto ao Conselho. O órgão não se responsabiliza pela não entrega de correspondências por endereços desatualizados;
- Lembramos que o não pagamento das anuidades é passível de execução fiscal, inscrição na Dívida Ativa e demais penalidade cabíveis.

Assino e me responsabilizo por cumprir todas as exigências apontadas nesse termo.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura