



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

**REATIVAÇÃO DE REGISTRO PROFISSIONAL**

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

**1-EU,** \_\_\_\_\_, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na Lei nº 7.394/85, na Lei nº 10.508/2002 e no Decreto nº 92.790/86- que regulamentou a Profissão de Técnico e Tecnólogo em Radiologia, **venho REQUERER minha REATIVAÇÃO DO REGISTRO PROFISSIONAL** no Conselho Regional de Radiologia da 2ª Região, uma vez que estou retornando as minhas atividades no exercício da profissão de:

( ) TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA ( ) TÉCNICO EM RADIOLOGIA

**TODOS OS DADOS DEVERÃO SER PREENCHIDO COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL**

**2-E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**3-ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_ **4-Nº** \_\_\_\_\_

**5-BAIRRO** \_\_\_\_\_ **6-COMPLEMENTO** \_\_\_\_\_

**7-CEP:** \_\_\_\_\_ **8-CIDADE:** \_\_\_\_\_ **9-UF:** \_\_\_\_\_

**10-Celular( )** \_\_\_\_\_ **11-Operadora** \_\_\_\_\_ **12-Whatsapp.( )** \_\_\_\_\_ **13-Operadora** \_\_\_\_\_

**14-ESPECIALIDADE:** \_\_\_\_\_ (RADIODIAGNÓSTICO formação curso técnico ou PLENA formação curso tecnólogo)

**15-DIPLOMADO PELO :** \_\_\_\_\_

**16-REGISTRO DIPLOMA. Nº** \_\_\_\_\_ **17-LIVRO:** \_\_\_\_\_ **18-FLS:** \_\_\_\_\_ **19-DATA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**20-IDENTIDADE Nº (RG)** \_\_\_\_\_ **21-ÓRGÃO EXP:** \_\_\_\_\_

**22- CPF:** \_\_\_\_\_

Segue anexo:

- 1- Cópia do comprovante de residência atualizado;
- 2- 01(UMA) foto 3x4 recentes e colorida.
- 3- CÓPIA DO DIPLOMA DO CURSO DE RADIOLOGIA.

**Cidade** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **de 20** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**