CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 2ª REGIÃO

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO JUNTO AO CRTR 2ª REGIÃO

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

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 em Radiologia**, venho REQUERER minha INSCRIÇÃO** no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 2ª Região, como:

( ) OPERADOR DE RADIOGRAFIA INDUSTRIAL ( )TÉCNICO EM RADIOLOGIA INDUSTRIAL

FILIAÇÃO:_____ e _____

DATA DE NASCIMENTO:_____/_____/_____ **ESTADO CIVIL:**_____

NATURALIDADE:_____**UF:**_____

E-MAIL:_____

ENDEREÇO:_____Nº_____

BAIRRRO:_____**CEP:**_____**CIDADE:**_____**UF:**___

Tel.(____)_____**Cel.(____)**_____

ESPECIALIDADE:_____

DIPLOMADO PELO :_____

REGISTRO DIPLOMA. Nº_____**LIVRO:**_____**FLS:**_____ **DATA:**_____/___/_____

CIDADE:_____ **UF:**_____

GRAU DE INSTRUÇÃO:_____**DOADOR ORGÃO ( )SIM ( )NÃO**

CART. IDENT Nº_____ **ÓRGÃO EXP:**_____**DATA EXP.**____/___/____

CIC/CPF:_____**CART. PROF.Nº**_____ **Série:**_____

TIPO SANGUINEO:_____ **RAÇA:**_____ **ESTADO CIVIL:**_____

Obs. : Estou ciente que, independentemente de retirar ou não minha credencial, deverei pagar a anuidade correspondente, após ser formalmente notificado do deferimento de meu registro junto ao CRTR 2ª Região.

_____, _____de_____de 20_____

_____

Assinatura do Requerente

R. Barão do Rio Branco,1071-Ed.Lobrás-Centro- CEP: 60025-061 -Fortaleza-CE -Fone : (085) 3251.15.51-3221.2816

Sitio: www.crtrceara.gov.br – E-mail: crtr02@terra.com.br-