

ILMO SENHOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM  
RADIOLOGIA DA 2ª REGIÃO – CEARA

Eu , \_\_\_\_\_  
residente à Rua: \_\_\_\_\_  
Compl. \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ Cep. \_\_\_\_\_  
Telefone Residencial \_\_\_\_\_ Telefone  
Contato: \_\_\_\_\_ Telefone Celular \_\_\_\_\_  
registrado no CRTR-02 Região sob o nº \_\_\_\_\_, venho requerer a V.Sa. a  
inclusão na Habilitação da Especialidade de  
\_\_\_\_\_, Conforme anexo cópia da(o)  
\_\_\_\_\_, autenticado em  
cartório ou reconhecido com original .

Nestes Termos,  
Pede Deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

ANEXO:

- 1-CÓPIA AUTENTICADA DO DIPLOMA/CERTIFICADO;
- 2-CÓPIA DO CREDENCIAMENTO DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO NO ÓRGÃO EDUCACIONAL;
- 3-PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO PELO ÓRGÃO COMPETENTE DO SISTEMA DE ENSINO;