



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

FOTO

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:

TODOS OS DADOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS COM LETRA DE FORMA E LEGÍVEL

() TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA () TÉCNICO EM RADIOLOGIA () AUXILIAR DE RADIOLOGIA

1-FILIAÇÃO: _____ e _____
2-DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ 3-ESTADO CIVIL: _____
4-NATURALIDADE: _____ 5-UF: _____
6-E-MAIL: _____
7-ENDEREÇO: _____ 8-Nº _____
9-BAIRRO _____ 10-COMPLEMENTO _____
11-CEP: _____ 12-CIDADE: _____ 13-UF: _____
14-Celular.() _____ 15-Operadora _____ 16-whatsapp.() _____ 17-Operadora _____
18-ESPECIALIDADE: _____ (radiodiagnóstico para formados no curso técnico ou plena para formados no curso superior)
19-DIPLOMADO PELO : _____
20-REGISTRO DIPLOMA. Nº _____ 21-LIVRO: _____ 22-FLS: _____ 23-DATA: ____/____/____
24-CIDADE: _____ 25-UF: ____ 26- Data Colação de Grau ____/____/____
27- Total de Horas Cursado: _____ 28-GRAU DE INSTRUÇÃO: _____ 29-RAÇA: _____
30-IDENTIDADE Nº _____ 31-ÓRGÃO EXP: _____ UF _____
32-DATA EXP. ____/____/____ 33- CPF: _____ 34-Estado Civil: _____
35-Tipo Sanguíneo: ____ 36- Título eleitor nº _____ 37- Zona _____ 38 Seção _____
39 Data expedição título ____/____/____ 40 Município do título _____
41 Nome social _____

Obs.: Estou ciente que, independentemente de retirar ou não minha credencial, está trabalhando ou não, deverei pagar a anuidade correspondente, após ser formalmente notificado do deferimento de meu registro junto ao CRTR 2ª Região. Fato gerador da anuidade, é o registro profissional. Em caso de não exercer a profissão e não querer pagar mais a anuidade, deverá solicitar o cancelamento do registro profissional por meio de requerimento assinado, disponível no site www.crtceara.gov.br.

CIDADE/UF _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Requerente



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

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 dopagamento 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.

CIDADE/UF _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura

ASSINATURAS PARA CARTEIRA IDENTIDADE PROFISSIONAL CIP