



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

CANCELAMENTO DE REGISTRO

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

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

1- Eu, _____
2- Registrado nesse conselho sob o CRTR nº _____, 3- C.P.F: _____
4-RG nº _____ 5-Org. Exped. _____ 6-Celular() _____
7-WhatsApp() _____ 8-E-mail: _____
9-Rua/Av: _____ 10-Nº _____ -
11-Complemento: _____ 12-BAIRRO _____
13-CIDADE _____ 14-UF _____ 15-CEP: _____

Venho requerer à V. Sa. **CANCELAMENTO DE MEU REGISTRO PROFISSIONAL** junto ao quadro de profissionais deste CRTR 2ª REGIÃO, de acordo com a RESOLUÇÃO CONTER Nº 14, de 22 de outubro de 2009, uma vez que **NÃO** me encontro exercendo as atividades profissionais de:

- ()Tecnólogo em Radiologia;
() Técnico em Radiologia;
()Auxiliar em Radiologia.

Outrossim, estou ciente de que responderei, na forma do art. 47 da Lei das Contravenções Penais e demais Resoluções do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia sobre a matéria, caso volte ao exercício da atividade profissional acima citada sem dar ciência ao CRTR 2ª Região, arcando inclusive com o pagamento de multa estabelecida em Resolução específica.

Devolução da credencial: ()sim () não

Papel () PVC()

()Outros: _____

Nesses termos, peço deferimento.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Requerente