



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

COLE  
AQUI  
SUA  
FOTO  
3X4

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(colar na parte superior, lado direito).
- 3- 01(uma) foto 3x4 recente, colorida, fundo branco, formato JPEG,JPG,PNG
- 4- CÓPIA DO DIPLOMA DO CURSO DE RADIOLOGIA

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

Assinatura do Requerente