



Fls. _____

Proc. _____

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 5ª REGIÃO - SÃO PAULO
Serviço Público Federal

REQUERIMENTO PESSOA FÍSICA

PROCESSO Nº _____ CRTR Nº _____ R.G. Nº _____ C.P.F. Nº _____

NOME: _____

TEL. FIXO: (____) _____ CELULAR: (____) _____ E-MAIL: _____

END. RESIDENCIAL: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

SOLICITAÇÕES AO CRTR 5ª REGIÃO/SP:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO | <input type="checkbox"/> CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL DEFINITIVA |
| <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DO REGISTRO | <input type="checkbox"/> 2ª VIA DE CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL |
| <input type="checkbox"/> REVISÃO DE REGISTRO | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHAR |
| <input type="checkbox"/> REVISÃO DE INDEFERIMENTO | <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TESOURARIA |
| <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE: <input type="checkbox"/> RADIOTERAPIA | <input type="checkbox"/> MEDICINA NUCLEAR <input type="checkbox"/> RADIOLOGIA INDUSTRIAL |

BAIXA DO REGISTRO PROFISSIONAL:

- APOSENTADORIA DESLIGAMENTO NÃO TER INGRESSADO NA ÁREA

Declaro que não atuo na área das técnicas radiológicas e estou ciente de que não posso atuar na mesma enquanto o meu registro estiver baixado.

COMPLEMENTO DE INFORMAÇÕES:

DESEJO RETIRAR MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL NA:

- SEDE DO CRTR 5ª REGIÃO - SÃO PAULO
 DELEGACIA DE CAMPINAS
 DELEGACIA DE BAURU
 DELEGACIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
 DELEGACIA DE SANTOS
 DELEGACIA DE RIBERÃO PRETO

ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE, **INCLUSIVE CRIMINAL**, PELAS DECLARAÇÕES AQUI FIRMADAS.



_____, _____, _____ / _____ / _____
CIDADE

DIA

MÊS

ANO

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

CRTR 5ª Região/SP

Rua Herculano, nº 169 - Sumaré - CEP 01257-030 - São Paulo - SP - Tel.: (0XX11) 2189-5400 / 2189-5402 / 2189-5411

Fax: (0XX11) 2189-5409 - e-mail: crtrsp@crtrsp.org.br - site: www.crtrsp.org.br