



Fls. _____

Proc. _____

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

**REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA
OU INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA**

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM
RADIOLOGIA DA _____ REGIÃO - _____

EU, _____, PORTADOR(A) DO
R.G. Nº _____ E DO C.P.F. Nº _____, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) À
END. RESIDENCIAL: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE FIXO: (____) _____ CELULAR: (____) _____

E-MAIL: _____, INSCRITO(A) NO CRTR _____
REGIÃO - _____ SOB O Nº _____,

VENHO REQUERER A V.S.^a AS PROVIDÊNCIAS NECESSÁRIAS AFIM DE EFETIVAR A MINHA:

TRANSFERÊNCIA

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

DECLARO QUE EXERÇO ATIVIDADES PROFISSIONAIS NESTA JURISDIÇÃO, NA EMPRESA:

NOME DA EMPRESA / ENTIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

TELEFONE: (____) _____ E-MAIL: _____

_____, _____ / _____ / _____
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: ctrsp@ctrsp.org.br - site: www.ctrsp.org.br