



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.<sup>a</sup> 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](mailto:ctrsp@ctrsp.org.br) - site: [www.ctrsp.org.br](http://www.ctrsp.org.br)