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

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL NO QUADRO DE:

☐ **TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA (NÍVEL SUPERIOR)**

☐ **TÉCNICO EM RADIOLOGIA – ESPECIALIDADE DE:**

☐ RADIODIAGNÓSTICO ☐ RADIOTERAPIA

☐ MEDICINA NUCLEAR ☐ RADIOLOGIA INDUSTRIAL

☐ **AUXILIAR DE RADIOLOGIA**

☐ **OPERADOR DE RADIOGRAFIA INDUSTRIAL I** ☐ **OPERADOR DE RADIOGRAFIA INDUSTRIAL II**

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____
DATA COMPLETA DE INÍCIO DO CURSO (DIA, MÊS E ANO): _____
DATA COMPLETA DE TÉRMINO DO CURSO (DIA, MÊS E ANO): _____

NOME:_____

DATA DE NASC.:_____/_____/_____SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO DOADOR DE ÓRGÃOS: ☐ SIM ☐ NÃO

ESTADO CIVIL: ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ SEPARADO ☐ DIVORCIADO ☐ UNIÃO ESTÁVEL ☐ OUTROS

FILIAÇÃO: MÃE:_____

PAI:_____

NACIONALIDADE:_____NATURAL DE:_____ UF:_____

R.G. Nº:_____C.P.F. Nº:_____

TEL. FIXO: (_____)_____CELULAR: (_____)_____E-MAIL: _____

END. RESIDENCIAL:_____ Nº: _____

COMPLEMENTO:_____BAIRRO: _____

CEP:_____CIDADE:_____UF: _____

DECLARO QUE TENHO CONHECIMENTO E ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE, INCLUSIVE CRIMINAL, PELAS INFORMAÇÕES AQUI FIRMADAS E ESTOU CIENTE DE QUE A PARTIR DESTA SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL SERÃO DEVIDAS AS TAXAS E ANUIDADES DECORRENTES.

_____,_____/_____/_____
CIDADE DIA MÊS ANO

_____
ASSINATURA DO REQUERENTE

Rua Herculano, 169 – Sumaré – São Paulo/SP – CEP.: 01257-030 | Telefone (11) 2189-5400 | 2189-5402 | 2189-5411
Site: www.crtrsp.org.br E-mail: crtrsp@crtrsp.org.br