



**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

Site: [www.crrsp.org.br](http://www.crrsp.org.br)

E-mail: [registro@crrsp.org.br](mailto:registro@crrsp.org.br)