



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:

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 - São Paulo/SP - CEP.: 01257-030

Site: www.crtrsp.org.brE-mail: registro@crtrsp.org.br