



**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE REGISTRO

ILMO SR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 13ª
REGIÃO/ES.

Eu, _____

RG: _____ CPF: _____ residente e domiciliado no

seguinte endereço: _____

nº: _____ complemento: _____ bairro: _____

CEP: _____ cidade: _____ UF: _____

telefones: (____) _____ (____) _____ (____) _____

email: _____

estou atualmente inativo e inscrito no CRTR 13ª/ES sob o nº _____, e venho por intermédio
deste documento requerer a V.S.ª as providências necessárias a fim de efetivar:

() REATIVAÇÃO DE REGISTRO PROFISSIONAL

Nestes termos, pede deferimento.

_____, ____ / ____ / _____

ASSINATURA DO REQUERENTE

CRTR 13ª RG/ES

Av: Jerônimo Monteiro, 240, salas 1809 e 1810 – Edifício Ruralbank – Centro Vitória/ES – CEP: 29010-002 – Telefax: 3222.7567 / 3233.0616

E-mail: administrativo@crtr13.com.br / www.crtr13.com.br