



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**REQUERIMENTO DE ATIVAÇÃO DE REGISTRO**

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

Eu, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
R.G.Nº \_\_\_\_\_, C.P.F.: \_\_\_\_\_

residente e domiciliado à  
END.RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

TELEFONES:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

inscrito(a) no CRTR 13<sup>a</sup> Região sob o n.º \_\_\_\_\_, venho por intermédio deste requerer a V.S.<sup>a</sup> as providências necessárias afim de efetivar o:

( ) ATIVAÇÃO DO REGISTRO

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
CIDADE, DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO (A) REQUERENTE

**CRTR 13<sup>a</sup> RG/ES**

Av: Jerônimo Monteiro 240/1203 – Edifício Ruralbank – Centro Vitória/ES – CEP: 29010-002 – Telefax:  
3222.7567 / Tel: 27 – 3233.0616 www.crtr13.com.br / administrativo2@crtr13.com.br