



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

ILMO.DIRETOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DO ESPIRITO SANTO – 13ª REGIÃO

EU, \_\_\_\_\_, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na resolução **CONTER**, considerando o disposto nas **Leis nº 7.394 / 1985 e 10.508 / 2002 e Decreto 92.790 / 1986** que regulam entou a **Profissão de Técnico em Radiologia**, **VENHO REQUERER** minha inscrição no **Conselho Regional de Técnicos em Radiologia / Espírito Santo -13ª Região** como \_\_\_\_\_ EM RADIOLOGIA.

FILIAÇÃO

PAI - \_\_\_\_\_

MÃE - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ESTADO CIVIL - \_\_\_\_\_

NATURALIDADE - \_\_\_\_\_ UF - \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO - \_\_\_\_\_

ENDEREÇO – RUA / AV - \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO - \_\_\_\_\_ - CEP - \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ - UF - \_\_\_\_\_

TELEFONES P/CONTATO - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

CARTEIRA DE IDENT.Nº \_\_\_\_\_ DATA EXPEDIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

DOADOR DE ÓRGÃOS – SIM  NÃO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Cidade)

Assinatura do solicitante

CRTR 13ª RG/ES



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

ILMO.DIRETOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DO ESPIRITO SANTO – 13ª REGIÃO

EU, \_\_\_\_\_, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na resolução **CONTER**, considerando o disposto nas **Leis nº 7.394 / 1985 e 10.508 / 2002 e Decreto 92.790 / 1986** que regulam entou a **Profissão de Técnico em Radiologia**, **VENHO REQUERER** minha inscrição no **Conselho Regional de Técnicos em Radiologia / ESPIRITO SANTO - 13ª Região** como \_\_\_\_\_ EM RADIOLOGIA.

### FILIAÇÃO

PAI - \_\_\_\_\_

MÃE - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ESTADO CIVIL - \_\_\_\_\_

NATURALIDADE - \_\_\_\_\_ UF - \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO - \_\_\_\_\_

ENDEREÇO – RUA / AV - \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO - \_\_\_\_\_ - CEP - \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ - UF - \_\_\_\_\_

TELEFONES P/CONTATO - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

CARTEIRA DE IDENT.Nº \_\_\_\_\_ DATA EXPEDIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

DOADOR DE ÓRGÃOS – SIM  NÃO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Cidade)

Assinatura do solicitante

CRTR 13ª RG/ES