



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 - _____

NATALIDADE - _____ 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 _____ **DAT A EXPEDIÇÃO** ____ / ____ / ____

ORGÃO EXPEDIDOR _____ **CPF** _____

DOADOR DE ÓRGÃOS – SIM **NÃO**

_____, _____ de _____ de _____
(Cidade)

Assinatura do solicitante

CRTR 13ª RG/ES