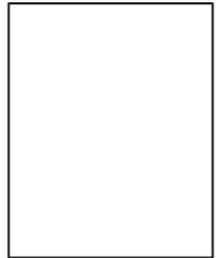




CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
CRTR 15ª REGIÃO - PERNAMBUCO  
*Serviço Público Federal*

**REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL**



EU, \_\_\_\_\_,  
CONSIDERANDO O DISPOSTO NA Lei nº 7.394/85 e Lei nº 10.508/2002. DECRETO 92.790/86 E  
RESOLUÇÕES DO CONTER PERTINENTES, VENHO POR MEIO DESTA, CONFORME A  
DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO, REQUERER A INSCRIÇÃO NO CONSELHO REGIONAL DE  
TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DA 15ª REGIÃO COMO:

- ( ) **TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA**  
( ) **TÉCNICO EM RADIOLOGIA - ESPECIALIDADE DE :** ( ) **RADIODIAGNÓSTICO**  
( ) **RADIOTERAPIA** ( ) **RADIOLOGIA INDUSTRIAL** ( ) **MEDICINA NUCLEAR**  
( ) **AUXILIAR EM RADIOLOGIA**

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_ NATURAL DE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RG. N.: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EXP.: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

DATA DE EXP: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

FILIAÇÃO MÃE: \_\_\_\_\_

PAI: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

N.º \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_ TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_

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

DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS ( ) SIM ( ) NÃO.

**FORMAÇÃO PROFISSIONAL:**

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: \_\_\_\_\_

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE

**CRTR-15ª REGIÃO – PERNAMBUCO**

Rua da Aurora, 325, Boa Vista, Recife/PE - Tels.: (0XX81) 3423-1966  
CEP 50050-000 E-mails: [secretaria@crtrpe.gov.br](mailto:secretaria@crtrpe.gov.br) - [secretaria15regiao@crtrpe.gov.br](mailto:secretaria15regiao@crtrpe.gov.br)