



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

Senhora presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 15ª Região.

Eu, _____
C.P.F N° _____ R.G N° _____ Org. Exped. _____
Telefone residencial: _____ Celular: _____
E-mail: _____
Residente na _____
Bairro: _____ Cidade: _____ U.F _____
CEP: _____ com Registro Principal no CRTR _____ Região sob o n° _____.

Venho requerer à V.S.^a o **CANCELAMENTO DO MEU REGISTRO PROFISSIONAL** junto ao quadro de profissionais deste Regional, de acordo com a Resolução CONTER n° 14, de 22 de outubro de 2.009, uma vez que **NÃO** me encontro exercendo as atividades profissionais de:

- () Técnico em Radiologia
- () Auxiliar em Radiologia
- () Tecnólogo em Radiologia

Outrossim, estou ciente de que responderei, na forma do art. 47 da Lei das Contravenções Penais e demais Resoluções do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia sobre a matéria, caso volte ao exercício da atividade profissional acima citada sem dar ciência ao CRTR da 15ª Região, arcando inclusive com o pagamento de multa estabelecida em resolução específica.

Devolução da Credencial () Sim () Não

Carteira de Trabalho () Sim () Não
() Outros: _____

Nesses termos, peço deferimento.

Recife, PE, _____ de _____ de _____

Categoria e Nome do Profissional

PROTOCOLO DE APRESENTAÇÃO DE REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO AO CRTR 15ª REGIÃO

INTERESSADO _____

CANCELAMENTO DO REGISTRO PROFISSIONAL NESTE CRTR 15ª REGIÃO

DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____

OBS.: Este protocolo não comprova o Deferimento do Cancelamento do Registro Profissional.

FUNCIONÁRIO (A) CRTR 15ª REGIÃO



CRTR-15ª REGIÃO – PERNAMBUCO

Rua da Aurora, 325, Boa Vista, Recife-PE – Tel.: (81) 3423-1966 / 3097-5751
CEP 50050-000 – E-mail: secretaria.pj.crrpe@gmail.com- secretaria@crrpe.gov.br