



**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.<sup>a</sup> **INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA** do **CRTR \_\_\_\_\_ Região** para o **CRTR \_\_\_\_\_ Região**. Anexo ao presente requerimento cópias autenticadas dos seguintes documentos, conforme Resolução n° 12, de 15 de setembro de 2006:

- ( ) Cédula de identidade profissional onde possuo Inscrição Principal;
- ( ) Comprovante de residência;
- ( ) 03 (três) fotos 3x4 recentes, coloridas e em trajes formais;
- ( ) Comprovante de recolhimento da taxa de solicitação de inscrição.

Nesses termos, peço deferimento.

Recife, PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



**CRTR-15ª REGIÃO – PERNAMBUCO**

Rua da Aurora, 325, Boa Vista, Recife/PE - Tels.: (81) 3423-1966 / 3097-5751  
CEP 50050-000 E-mail: secretaria@crrtpe.gov.br, secretaria15regiao@crrtpe.gov.br