



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA - 13ª REGIÃO/ES
Serviço Público Federal

SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL NO QUADRO DE:

- ☐ **TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA (NÍVEL SUPERIOR)**
- ☐ **TÉCNICO EM RADIOLOGIA – ESPECIALIDADE DE:**
- ☐ RADIODIAGNÓSTICO ☐ RADIOTERAPIA
- ☐ MEDICINA NUCLEAR ☐ RADIOLOGIA INDUSTRIAL
- ☐ **OPERADOR DE RADIOGRAFIA INDUSTRIAL I** ☐ **OPERADOR DE RADIOGRAFIA INDUSTRIAL II**

NOME DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO: _____

DATA COMPLETA DE INÍCIO DO CURSO (DIA, MÊS E ANO): _____

DATA COMPLETA DE TÉRMINO DO CURSO (DIA, MÊS E ANO): _____

NOME: _____

DATA DE NASC.: ____ / ____ / ____ SEXO: ☐ MASCULINO ☐ FEMININO

ESTADO CIVIL: _____

FILIAÇÃO: MÃE: _____

PAI: _____

NACIONALIDADE: _____ NATURAL DE: _____ UF: _____

R.G. Nº: _____ C.P.F. Nº: _____

TEL. FIXO: () _____ CELULAR: () _____ RECADO: () _____

E-MAIL: _____

END. RESIDENCIAL: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

DECLARO QUE TENHO CONHECIMENTO E ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE, INCLUSIVE CRIMINAL, PELAS INFORMAÇÕES AQUI FIRMADAS E ESTOU CIENTE DE QUE A PARTIR DESTA SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL SERÃO DEVIDAS AS TAXAS E ANUIDADES DECORRENTES.

_____/_____/_____
CIDADE DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO REQUERENTE

CRTR 13ª RG/ES

Av: Jerônimo Monteiro 240/1203 – Edifício Ruralbank – Centro Vitória/ES – CEP: 29010-002 – Tel: 3222.7567 / 27-99222-2810

E-mail: www.crtr13.com.br / administrativo@crtr13.com.br