



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA**  
**CRTR 5ª REGIÃO – SP**

Fls. \_\_\_\_\_

Proc. \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL NO QUADRO DE:**

**PROCESSO DE INSCRIÇÃO Nº:**

TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA (NÍVEL SUPERIOR)

TÉCNICO EM RADIOLOGIA – ESPECIALIDADE DE:

RADIODIAGNÓSTICO  RADIOTERAPIA

MEDICINA NUCLEAR  RADIOLOGIA INDUSTRIAL

AUXILIAR EM RADIOLOGIA

**DOADOR DE ÓRGÃO?**

SIM

NÃO

**FOTO  
3X4**

**OUTRAS SOLICITAÇÕES JUNTO AO CRTR 5ª REGIÃO – SP:**

INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA

TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

FILIAÇÃO: PAI: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

R.G. Nº: \_\_\_\_\_ C.P.F.: \_\_\_\_\_ SEXO:  MASCULINO  FEMININO

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

ESTADO CIVIL:  CASADO  SOLTEIRO  VIÚVO  DIVORCIADO TEL. FIXO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CELULAR: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

END. RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO:  2º GRAU (ENSINO MÉDIO)  SUPERIOR  COMPLETO  INCOMPLETO

FORMAÇÃO ESPECÍFICA:  TECNÓLOGO  TÉCNICO  AUXILIAR

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: (Faculdade, Colégio, Escola, outros) \_\_\_\_\_

CURSO: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTOS APRESENTADOS (ORIGINAL + CÓPIA SIMPLES) JUNTO AO CRTR 5ª REGIÃO – SP PARA A SOLICITAÇÃO:**

- 1 FOTO 3X4
- R.G.
- C.P.F.
- TÍTULO DE ELEITOR
- CARTEIRA DE RESERVISTA (HOMEM)
- CERTIDÃO DE CASAMENTO (MULHER)
- CERTIFICADO E HISTÓRICO DO ENSINO MÉDIO
- HISTÓRICO DO CURSO DE TÉCNICO
- CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE TÉCNICO
- DIPLOMA REGISTRADO (GDAE) DO CURSO DE TÉCNICO
- DECLARAÇÃO DE CONCLUSÃO DE ESTÁGIO DO CURSO DE TÉCNICO
- PORTARIA DE AUTORIZAÇÃO DO CURSO DE TÉCNICO (DIÁRIO OFICIAL)
- HISTÓRICO DO CURSO DE TECNÓLOGO COM COMPROVAÇÃO DE ESTÁGIO
- CERTIFICADO/ATESTADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE TECNÓLOGO
- DIPLOMA RECONHECIDO PELO MEC DO CURSO DE TECNÓLOGO
- CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE AUXILIAR
- CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL (DIREITO ADQUIRIDO)
- DECLARAÇÃO DA DIRETORIA DE ENSINO – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE VIDA ESCOLAR
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
- TAXA DE INSCRIÇÃO
- HABILITAÇÃO DO CRTR DE ORIGEM
- OUTROS: \_\_\_\_\_

**DESEJO RETIRAR MINHA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL NA:**

- SEDE DO CRTR 5ª REGIÃO - SÃO PAULO
- DELEGACIA DE CAMPINAS
- DELEGACIA DE RIBEIRÃO PRETO
- DELEGACIA DE BAURU
- DELEGACIA DE TAUBATÉ

**OBS:** ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE, INCLUSIVE CRIMINAL, PELAS DECLARAÇÕES AQUI FIRMADAS E ESTOU CIENTE QUE A PARTIR DO DEFERIMENTO DO PEDIDO DE REGISTRO SERÃO DEVIDAS AS ANUIDADES E TAXAS DECORRENTES.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 CIDADE DIA MÊS ANO

**ASSINATURA DO(A) SOLICITANTE**

**CARIMBO DO  
CRTR 5ª REGIÃO – SP**

**O(A) PORTADOR(A) DESTE PROTOCOLO FICA CIENTE QUE:**

1. O PRAZO DE DESISTÊNCIA DO PEDIDO DE REGISTRO É DE 10 DIAS ÚTEIS, CONTADOS DA DATA DESTE RECEBIMENTO.
2. A CONCESSÃO DO REGISTRO PROFISSIONAL DAR-SE-Á SOMENTE APÓS O DEFERIMENTO DO PEDIDO EM PLENÁRIO, CUJO PRAZO É DE 45 DIAS ÚTEIS.
3. ENQUANTO ESTIVER NO AGUARDANDO DO SEU DEFERIMENTO E DA SUA CONVOCAÇÃO PARA RETIRAR A CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, O(A) PORTADOR(A) DESTE PROTOCOLO FICA AUTORIZADO(A), POR ATÉ 60 DIAS, A TÍTULO PRECÁRIO, A INGRESSAR NA ÁREA DAS TÉCNICAS RADIOLÓGICAS (NA CATEGORIA OBJETO DO SEU PEDIDO DE REGISTRO PROFISSIONAL JUNTO AO CRTR-5ª REGIÃO).
4. EXCEÇÃO: SE HOUVER QUAISQUER IRREGULARIDADES NOS DOCUMENTOS APRESENTADOS PELO(A) SOLICITANTE, O REGISTRO SERÁ INDEFERIDO, SUJEITANDO AO IMEDIATO AFASTAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL E OUTRAS MEDIDAS JUDICIAIS CABÍVEIS.

Ass.: \_\_\_\_\_



**CRTR 5ª REGIÃO – SP**  
**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE**  
**INSCRIÇÃO PROFISSIONAL**  
**PROCESSO Nº**