CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CRTR 5ª REGIÃO – SP
Serviço Público Federal

Fls. _____
Proc. _____

REQUERIMENTO PESSOA FÍSICA

PROCESSO N.º _____ **CRTR N.º** _____ **R.G. N.º** _____ **C.P.F. N.º** _____

NOME: _____

SOLICITAÇÕES AO CRTR 5ª REGIÃO – SP:

☐ ATUALIZAÇÃO DE CADASTRO
☐ REATIVAÇÃO DO REGISTRO
☐ RESSARCIMENTO
☐ CERTIDÃO DE TESOURARIA
☐ CERTIDÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA TRABALHAR
☐ RENOVAÇÃO DE CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL PROVISÓRIA
☐ CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL DEFINITIVA
☐ 2ª VIA DE CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL
☐ REVISÃO DE INDEFERIMENTO
☐ REVISÃO PROFI ☐ RES. 14 ☐ OUTROS _____

☐ INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE: ☐ RADIOTERAPIA ☐ MEDICINA NUCLEAR ☐ RADIOLOGIA INDUSTRIAL

☐ BAIXA DO REGISTRO PROFISSIONAL: ☐ APOSENTADORIA ☐ DESLIGAMENTO ☐ NÃO TER INGRESSADO NA ÁREA

Declaro que não atuo na área das técnicas radiológicas e estou ciente de que não posso atuar na mesma enquanto o meu registro estiver baixado.

TEL. FIXO: (_____)_____ CELULAR: (_____)_____ E-MAIL: _____

END. RESIDENCIAL: _____ Nº: _____

COMPLEMENTO: _____ BAIRRO: _____

CEP: _____ CIDADE: _____ UF: _____

DOCUMENTOS [1] [2] APRESENTADOS AO CRTR 5ª REGIÃO – SP PARA ATENDIMENTO DO QUE FOI REQUERIDO:

[1] original + cópia simples – quando ocorrer na Recepção do CRTR 5ª Região – SP ou nas Delegacias Regionais.
[2] xerox autenticadas – quando os documentos forem remetidos via Correios.

☐ DECLARAÇÃO DA DIRETORIA DE ENSINO – COMISSÃO DE VERIFICAÇÃO DE VIDA ESCOLAR
☐ DECLARAÇÃO DE ANÁLISE DE REGISTRO DO DIPLOMA
☐ DIPLOMA REGISTRADO (GDAE) DO CURSO DE TÉCNICO
☐ DIPLOMA RECONHECIDO PELO MEC DO CURSO DE TECNÓLOGO
☐ CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL
☐ OUTROS DOCUMENTOS: _____
☐ DEVOLUÇÃO DA CIP N.º _____
☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA
☐ TERMO DE RESPONSABILIDADE DE PERDA
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO
☐ GUIA DE RECOLHIMENTO

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
☐ DELEGACIA DE SANTOS
☐ DELEGACIA DE SOROCABA
☐ DELEGACIA DE BARRETOS

COMPLEMENTO DE INFORMAÇÕES:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ASSUMO TODA A RESPONSABILIDADE, **INCLUSIVE CRIMINAL**, PELAS DECLARAÇÕES AQUI FIRMADAS.

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia CRTR - 5ª Região - SP

_____, _____ / _____ / _____.
CIDADE DIA MÊS ANO

_____
ASSINATURA DO (A) REQUERENTE