



TERMO DE RESPONSABILIDADE DE DUPLO REGISTRO TÉCNICO E TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA

EU, _____,

R.G. Nº. _____ C.P.F. Nº. _____,

INFORMO AO CRTR 5ª REGIÃO QUE DESEJO MANTER ATIVO O MEU REGISTRO DE **TÉCNICO EM RADIOLOGIA** E O DE **TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA**, E QUE ESTOU **CIENTE** DA OBRIGAÇÃO DE PAGAR AS ANUIDADES DAS DUAS CATEGORIAS.

POR SER VERDADE, FIRMO O PRESENTE,

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



ASSINATURA DO REQUERENTE