



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Serviço Público Federal (Art. 12 do Dec. N° 92.790/86)

CRTR-8ª REGIÃO

Ilmo Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 8ª Região - Salvador-Ba.

Tendo pleno conhecimento das condições exigidas pela Lei nº 7.394, de 29/10/85, regulamentada pelo Decreto nº 92.790, de 17/06/86, que disciplinam o exercício da profissão de Técnico e Auxiliar (Câmara Clara e Escura) em Radiologia, venho requerer a V. S^a., registro profissional neste Conselho, na qualidade Técnico em Radiologia na especialidade : **Radiodiagnóstico**, ao tempo em que apresento os documentos descritos abaixo exigidos.

Originais e cópias:

- 01 - Diploma de formação profissional original,
(Com cópia de publicação no D.O.E. do Ato Autorizativo do Curso)
 - 02 - Histórico escolar do 2º Grau,
 - 03 - Certidão de Nascimento ou Casamento,
 - 04 - Cédula de Identidade,
 - 05 - CPF,
 - 06 - Título de Eleitor **com comprovante da última eleição**,
 - 07 - Carteira de Reservista p/ homens ,
 - 08 - Carteira de Trabalho e Previdência (1ª folha, 2ª e contrato mesmo em branco)
 - 09 - Comprovante de Residência,
 - 10 - 3 fotos 3x4 coloridas com fundo azul (Traje Social),
 - 11 - Taxa de Requerimento de Inscrição - R\$ 63,70.
- Depósito: Caixa Econômica Federal Ag. 1416 C/C. 00.212-6

Pede deferimento.

Salvador, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Solicitante (Por Extenso)



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
Serviço Público Federal (Art. 12 do Dec. N° 92.790/86)
CRTR-8ª REGIÃO

Ficha de Inscrição (FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA)

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ TEL. (____) _____ CELULAR _____

CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____

Dados Complementares

DATA NASC: ____/____/____ SEXO: MASC FEM CIVIL MILITAR DOADOR ORGÃO

TIPO DE SANGUE: _____ RELIGIÃO: _____ NÃO DOADOR ORGÃO

NATURALIDADE: _____ ESTADO: _____ NACIONALIDADE: _____

NOME PAI: _____

NOME MÃE: _____

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO SEPARADO CASADO DIVORCIADO VIÚVO OUTROS

RAÇA: BRANCA AMARELA NEGRA INDÍGENA PARDA

RG.: _____ ORGÃO: _____ UF.: _____ EXPEDIÇÃO: _____

CATEIRA RESERVISTA: _____ EXPEDIÇÃO: _____

CPF: _____ TÍTULO ELEITOR: _____ ZONA: _____

SEÇÃO: _____ EXPEDIÇÃO: _____ MUNICÍPIO: _____

CARTEIRA PROFISSIONAL: _____ SÉRIE: _____ UF: _____

E-MAIL: _____

Curso Realizado

ENTIDADE: _____

CURSO: _____ SITUAÇÃO: _____

DURAÇÃO: _____ DATA DE CONCLUSÃO: _____

SALVADOR, _____ DE _____ DE _____.

Assinatura do Solicitante (**Por Extenso**)



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
Serviço Público Federal (Art. 12 do Dec. N° 92.790/86)
CRTR-8ª REGIÃO

Dados Complementares

Outros Endereços para Correspondência

Telefones para contato
