



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
19ª Região com Jurisdição nos Estados do Amazonas e Roraima
Serviço Público Federal

**FICHA 03 VERSÃO 01 - SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO
PROFISSIONAL**

Senhor presidente do Conselho de Técnicos em Radiologia 19ª Região,

Eu, _____

C.P.F N° _____ R.G n° _____ Órgão Exped. _____

Telefone para contatos: _____

E-mail: _____

Residente na _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____

CEP: _____ Registrado no CRTR 19ª Região sob o CRTR N° _____

() **Tecnólogo em Radiologia** () **Técnico em Radiologia** () **Auxiliar em Radiologia**

Venho requerer a V.Sª o **CANCELAMENTO DE MEU REGISTRO PROFISSIONAL** junto ao quadro de profissionais deste CRTR19ª Região, de acordo com a Resolução CONTER nº 14, de 22 de outubro de 2009, uma vez que NÃO me encontro exercendo as atividades profissionais.

Estou ciente de que responderei, na forma do art. 47 da Lei das Contravenções Penais e demais Resoluções do Conselho Nacional de Técnicos em Radiologia sobre a matéria, caso volte ao exercício da atividade profissional acima citada sem dar ciência ao CRTR19ª Região, arcando inclusive com o pagamento de multa estabelecida em resolução específica.

() **Devolução da credencial**

() **Boletim de ocorrência da perda da habilitação**

Nesses termos, peço deferimento.

_____, / /
Cidade / UF

_____, / /
Data

NOME DO PROFISSIONAL

CRTR 19ª REGIÃO

Rua Michel Fokine (Ant. Rua OS), Nº 11, QD: Q, Conj. Shangrilal IV – Parque 10 de Novembro
CEP: 69054-739 Manaus AM Fone: (92) 3308-6914 Site: Fax (92) 3213-9583
Email: crtr19regiao@gmail.com Site: www.crtr19.gov.br