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

SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

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

Eu,_____

C.P.F Nº_____R.G nº_____Órgão Exped._____

Telefone para contatos:_____

E-mail:_____

Residente na_____

Bairro:_____Cidade:_____UF_____

CEP:_____Registrado no CRTR 19ª Região sob o CRTR Nº_____.

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

Venho requerer a V.Sª a REATIVAÇÃO do meu REGISTRO no quadro de profissionais deste CRTR19ª Região, uma vez que estou retornando as minhas atividades no exercício da profissão. Anexo ao presente Requerimento cópias dos seguintes documentos:

( ) Comprovante de Endereço.

( ) Taxa de reativação de R$ 47,28.

Nesses termos, peço deferimento.

_____,_____/_____/_____
Cidade / UF Data

_____
NOME DO PROFISSIONAL

CRTR 19ª REGIÃO
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
Rua Michel Fokine (Ant. Rua 08), Nº 11, QD: Q, Conj. Shangrilar 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