

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

ILMO.DIRETOR PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA DE MINAS GERAIS - 3ª REGIÃO

EU, \_\_\_\_\_, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na resolução CONTER, considerando o disposto nas Leis nº 7.394 / 1985 e 10.508 / 2002 e Decreto 92.790 / 1986 que regulam entou a Profissão de Técnico em Radiologia, VENHO REQUERER minha inscrição no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia / Minas Gerais - 3ª Região como \_\_\_\_\_ EM RADIOLOGIA.

### FILIAÇÃO

PAI - \_\_\_\_\_

MÃE - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO - \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ESTADO CIVIL - \_\_\_\_\_

NATURALIDADE - \_\_\_\_\_ UF - \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO - \_\_\_\_\_

ENDEREÇO - RUA / AV - \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

BAIRRO - \_\_\_\_\_ - CEP - \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_ - UF - \_\_\_\_\_

TELEFONES P/CONTATO - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

CARTEIRA DE IDENT.Nº \_\_\_\_\_ DATA EXPEDIÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ORGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

DOADOR DE ÓRGÃOS - SIM  NÃO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Cidade)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante