

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE ESTAGIÁRIO

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 nº 05 de 29  
de abril de 2015, considerando o disposto nas Leis 7394/1985 e 10508/2002 e Decreto  
92790/ 1986 que regulamentaram a Profissão de Técnico em Radiologia, VENHO RE-  
QUERER minha inscrição no Conselho Regional de Técnicos em Radiologia/ Minas  
Gerais- 3ª Região como:  
ESTAGIÁRIO DO CURSO DE ( ) TÉCNICO / ( ) TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA.

FILIAÇÃO

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

MÃE - \_\_\_\_\_

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

NATALIDADE - \_\_\_\_\_ UF - \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO - \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

ÓRGÃO EXPEDIDOR \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

DOADOR DE ÓRGÃOS – SIM  NÃO

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

Assinatura do solicitante