TERMO DE COMPROMISSO/RECEBIMENTO DA CIP – CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

Eu _____

Identidade n.º _____, CPF N.º _____,

Inscrito(a) neste Conselho sob o CRTR N.º _____, solicito que seja enviada

minha **CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL** de:

( ) Tecnólogo em Radiologia

( ) Técnico em Radiologia

via **CORREIOS,** através de:

( ) AR – Valor: R$17,25(dezessete reais e vinte e cinco centavos)
Prazo de Entrega estimada: de 03 a 05 dias úteis.

Através deste documento assumo a responsabilidade pelo recebimento da mesma e também do pagamento antecipado das despesas postais, cujo valor deverá ser depositado no Banco do Brasil – Conta corrente 154.116-1 – Ag. 1615-2.

_____, ____ de _____, de 2024.

_____
(ASSINATURA CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)