



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
18ª Região com Jurisdição nos estados de Rondônia e Acre
Serviço Público Federal

Reconhecimento e Registro de especialização por Tempo de Trabalho.

Nos termos da **Resolução CONTER nº.17 de 21 de Agosto de 2019**, Reconhecimento e Registro de Especialização de Profissional Técnico em Radiologia.

Eu, _____

CPF.nº. _____

endereço _____

nº _____ Bl. _____ Apto _____ Bairro: _____

Tel.() _____ e-mail _____

Município _____ UF _____ CEP _____

venho requerer a inserção de especialidade por tempo de trabalho a somar ao meu Registro Profissional desta Autarquia Pública Federal de Classe Profissional, com habilitação em
() **RADIOTERAPIA** () **MEDICINA NUCLEAR.**

Comprometo-me apresentar todos os documentos originais solicitados no ato da inscrição, e na oportunidade do deferimento do meu registro, retirar a Credencial de Identidade Profissional dentro do prazo Institucional.

Declaro plena ciência que o descumprimento das exigências supracitadas, estarei impossibilitado (a) de receber o registro profissional, e legalmente exercer a profissão, estando sujeito (a) ao pagamento de multa e demais sanções previstas em lei e normas da entidade.

Documentos em cópias autenticadas:

1. () Comprovante de Exercício por no mínimo 12 meses, até a data de promulgação desta resolução. (29/08/2019)
2. () Declaração da Clínica/ Hospital, certificando o exercício na área requerida e o período de atuação.
3. () Em caso de Iniciativa Privada, além da declaração, será necessária anotação em carteira de trabalho, na condição técnica.

_____, de _____, de _____.
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do (a) Interessado (a)