

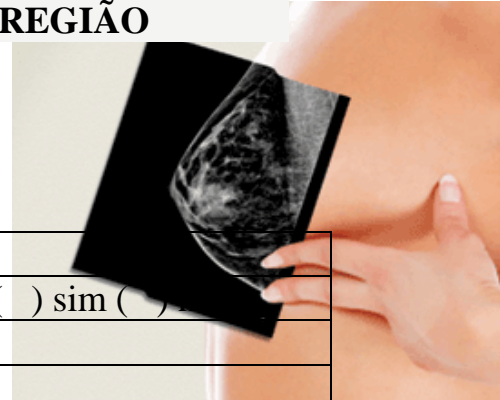


CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 9ª REGIÃO
Serviço Público Federal

CURSO DE CAPACITAÇÃO DO CRTR 9ª REGIÃO

FICHA DE INSCRIÇÃO

MAMOGRAFIA



Nome:		
Profissional CRTR n°:		Estudante: () sim () não
RG n°:		
Órgão Expedidor:		
CPF n°:		
Telefone:		
E-Mail:		
É Portador de Necessidades Especiais-PNE?	() Não () Sim () Especifique:	
Capacitação:	MAMOGRAFIA	
Período:	01, 08, 15, 22 e 29 de Agosto de 2015.	
Horário:	08:00 hs às 18:00 hs - Terá intervalo de Almoço	
Carga Horária:	40 horas	

Orientações:

Para confirmar a inscrição enviar ficha de inscrição e comprovante de pagamento para o e-mail: admin@crtr9.org.br.

Declaro estar de acordo com as condições, datas e horários de realização do curso.

Declaro estar ciente de que deverei participar de todo o período do curso como condição para obtenção do certificado de participação.

Declaro estar ciente que em caso de Desistência, não haverá devolução do valor pago da taxa de inscrição da Capacitação.

Goiânia, ____ de _____ de 2015.

Assinatura do Candidato