



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

CURSOS DE CAPACITAÇÃO DO CRTR 9ª REGIÃO

FICHA DE INSCRIÇÃO

EXAMES CONTRASTADOS

Nome:	
Profissional CRTR nº:	Estudante: () sim () não
RG nº:	
Órg. Expedidor:	
CPF nº:	
Telefone:	
E-Mail:	
Endereço Completo:	
É Portador de Necessidades Especiais-PNE?	() Não () Sim () Especifique:
Capacitação:	Exames Contrastados
Período:	23 e 30 de Abril e 7 e 14 de Maio de 2016
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 2016.

Assinatura do Candidato