

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TR. ELIZABETE JORGE DA MATA XAVIER

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região

Goiânia-Goiás

Eu, _____,
portador da RG nº _____, órgão expedidor
_____ e CPF nº _____, residente a

CEP: _____ Cidade: _____,

Telefone: _____,

E-mail: _____,

Venho através deste, REQUERER junto a vossa senhoria, a **REATIVAÇÃO DO MEU REGISTRO**, visto que retornei as minhas atividades profissionais.

Termos em que pede e espera deferimento.

Goiânia, ____ de _____ de _____.

Pode depositar em uma das contas citadas a taxa de R\$ 45,76 (Quarenta e Cinco Reais e Setenta e Seis Centavos):

Caixa Econômica

Agência: 0012

Operação: 003

C/C nº 1867-8

Banco do Brasil

ou Agência: 0086-8

C/C nº 42.572-9

O requerimento deverá ser preenchido e reconhecida firma da assinatura.

Enviar pelo correio ou entregar pessoalmente, juntamente com a cópia do comprovante do depósito.

Endereço para correspondência:

Conselho Regional de Radiologia 9ª Região:

Av. Oeste nº 83 Qd. 35 A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075-110