

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 ____.

Valor da Taxa de Reativação: R\$ 47,28 (Quarenta e Sete Reais e Vinte e Oito Centavos):

O requerimento deverá ser preenchido e reconhecida firma da assinatura.

Enviar pelo correio ou entregar pessoalmente, juntamente com a cópia do comprovante de pagamento do boleto da Taxa de Reativação.

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