

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TR. ELIZABETE JORGE DA MATA XAVIER

Diretora Presidente - Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região de Goiânia-Goiás

Eu, _____,
portador da RG nº _____, órgão expedidor _____ e CPF
nº _____, Residente à _____,

Telefone: _____

E-mail: _____ venho

através deste, **REQUERER** junto a vossa senhoria, minha **TRANSFERÊNCIA** do CRTR
_____ Região para o CRTR _____ Região visto que irei trabalhar na Jurisdição deste
Regional.

Termos em que pede e espera deferimento.

Goiânia, _____ de _____ de 20 ____.

Obs. O requerimento é com firma reconhecida da assinatura, encaminhar 03 fotos 3x4 recentes e colorida, cópia autenticada da Identidade Profissional Definitiva, comprovante de endereço atualizado, telefone para contato e e-mail e cópia do pagamento do boleto da Taxa de Transferência do Registro.

Taxa de Transferência de R\$ 47,28 (Quarenta e Sete Reais e Vinte e Oito Centavos).

Endereço para correspondência: CRTR 9ª Região:

Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075.110