

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO REGISTRO

Ilma. Senhora,

TNR. DENISE RODRIGUES GALINARI SCARTEZINI

Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia 9ª Região GO / TO / AC / RO

Eu, _____,

portador (a) do RG nº _____, órgão expedidor _____ e CPF nº

_____, residindo atualmente no Endereço

_____.

Telefone: _____, E-mail:

_____ venho através deste, **REQUERER**

junto a vossa senhoria, o **Cancelamento** do meu Registro de

_____ em Radiologia, visto que

não atuo mais na área, devido _____.

Termos em que pede e espera deferimento.

_____, _____ de _____ de 2023.

<< CIDADE >>

<< DATA >>

ASSINATURA

1. **Em caso de protocolo à distância ou por terceiro deve reconhecer firma de sua assinatura e mandar junto sua Identidade Profissional Definitiva. Endereço para correspondência:** Av. Oeste nº 83 Qd. 35A Lt. 31 - Setor Aeroporto - Goiânia-GO - CEP: 74.075.110.
2. **Em caso de protocolo pessoal presencial não é necessário reconhecimento de firma de assinatura, basta apenas assinar na presença do Servidor do Conselho que dará fé pública.**
3. O profissional deve negociar, em caso de dívida junto ao CRTR9, suas pendências podendo realizar parcelamento segundo Resolução CONTER em vigor.