

ORIENTAÇÕES PARA REINTEGRAÇÃO

1. Solicitar os boletos para recolhimento da taxa de reintegração de pessoa física, da taxa de expedição da habilitação e da anuidade (proporcional), pelo e-mail: crrpr@crrpr.org.br, contendo os seguintes dados:
 - a. Nome completo;
 - b. Endereço atual completo;
 - c. Categoria Profissional: Auxiliar em Radiologia.
 - d. Data para pagamento do boleto dentro do mês solicitado;

2. Agendar horário para a entrega pessoalmente ou encaminhar por correio no endereço abaixo:

Endereço para postagem

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Rua: General Carneiro, 26 – Alto da Glória
80.060-150 – Curitiba – PR

OBS: Em caso de dúvida, pedimos que faça contato.



CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR
Serviço Público Federal

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Eu, _____ abaixo assinado, venho requerer a V.S.a a **REINTEGRAÇÃO** no quadro dos Auxiliares em Radiologia, por retornar ao exercício desta profissão, estando ciente que voltarei a contribuir com o pagamento de anuidade e taxas vigentes.

CRTR-10ª REGIÃO – LEI 7.394/85

PROTOCOLO Nº _____

Curitiba, ____ / ____ / ____

Nestes termos, pede deferimento.

_____ de _____ de 20__.
Cidade

Assinatura do Profissional

CRTR-PR – 10ª REGIÃO

Rua: General Carneiro, 26 – Alto da Glória – 80.060-150 – Curitiba – Paraná
Site: www.crrpr.org.br – E-mail : crrpr@crrpr.org.br – Fone: (41) 3253-2120



CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

CRTR – 10ª REGIÃO/PR
Serviço Público Federal

CADASTRO OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

ENDEREÇOS COMERCIAIS:

1) Empregador: _____

Rua: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Setor: _____ Horário: _____

Telefone: (____) _____ Ramal: _____

2) Empregador: _____

Rua: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Setor: _____ Horário: _____

Telefone: (____) _____ Ramal: _____

Correspondências devem ser enviadas para: Endereço Residencial;

Endereço Comercial: 01 ou 02.

Curitiba _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Profissional

CRTR-PR – 10ª REGIÃO

Rua: General Carneiro, 26 – Alto da Glória – 80.060-150 – Curitiba – Paraná
Site: www.crrpr.org.br – E-mail : crrpr@crrpr.org.br – Fone: (41) 3253-2120