



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

ORIENTAÇÕES PARA INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE

Enviar todos os documentos relacionados abaixo pelos correios, lembramos que a falta de qualquer documento impossibilita a análise do requerimento de Inclusão de Especialidade.

Endereço para postagem:

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE (Conforme Prevê a Resolução CONTER N: 13 de 22 de outubro de 2009)

- Requerimento de Inclusão de Especialidade preenchido e assinado;
- Termo de Compromisso preenchido e assinado;
- Documento comprobatório do registro do funcionamento do curso de especialização (Portaria de Publicação no D.O.U.), no Conselho Estadual de Educação, no Núcleo Educacional na Secretaria de Educação ou do MEC;
- Fotocópia autenticada da “Declaração de Conclusão do Curso” informando a carga horária total do curso.
- Fotocópia autenticada do “Certificado de Conclusão do Curso” ou “Diploma do Curso”

Obs: Caso venha pessoalmente na sede do Conselho de Radiologia, favor trazer a documentação original, não precisando a autenticação da documentação.

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná
Site: www.crrtr.org.br E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

REQUERIMENTO DE INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE
(Conforme Prevê a Resolução CONTER N: 13 de 22 de outubro de 2009)

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
CRTR - 10ª Região – Paraná

Eu, _____
CRTR Nº _____, tendo pleno conhecimento das exigências contidas na Lei nº 7.394, de 29/10/1985, regulamentada pelo Decreto nº 92.790, de 17/06/1986, que regulamentou a profissão de Técnico / Tecnólogo em Radiologia, venho requerer a V. Sa., a **INCLUSÃO DE ESPECIALIDADE**, em _____ de acordo com a autorização expedida pela Secretaria de Educação, bem como, o título conferido pela Instituição de Ensino.

_____, _____ DE _____ DE 20____.
Cidade

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, portador do RG nº _____, Expedido por _____, Registro Profissional nº _____, atualmente exercendo de TR na área de _____, declaro ter conhecimento da Resolução CONTER nº 17 de 18/10/2006 e da Resolução CONTER nº 13 de 22/10/2009, que regulamentam o exercício profissional nas áreas específicas de Medicina Nuclear, Radioterapia e Radiologia Industrial e estabelece o prazo de 5 (cinco) anos, contados a partir da publicação da Resolução 13/2009, para a conclusão do curso de Especialização nos moldes da Legislação Educacional em vigor.

Nada mais havendo para declarar, assino a presente.

_____, em _____, de _____ de 20____.

Cidade

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

CADASTRO OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS

(Preencher e enviar caso aja alguma alteração)

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.

_____, _____ de _____ de 201____.
Cidade

Assinatura do Profissional

CRTR 10ª Região - Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Gloria – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrtr.org.br

E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br