



Fls.

Proc /2022

CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

Autarquia Pública Federal
CRTR-4ª REGIÃO – RJ.

TERMO DE CONSENTIMENTO E DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E RESPONSABILIDADES

Nome Completo:

E-mail: Telefone nº

Endereço:

Bairro: Cidade Estado:

CEP nº

***este e-mail deverá ser o mesmo utilizado para o cadastro do profissional.**

Declaro, para fins de direito, sob as penas do art. 299 do Código Penal Brasileiro, que as informações e os documentos apresentados para inscrição junto ao Conselho Regional de Técnicos em Radiologia da 4ª Região – CRTR 4ª Região são verdadeiros e autênticos.

Comprometo-me também a apresentar os documentos originais, caso venham a ser solicitados pelo CRTR 4ª Região.

Em caso de dúvidas, entrar em contato pelo e-mail: secretaria@crtrrj.gov.br.

Cidade/RJ:

Data:

Assinatura do Solicitante

