Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

AUTORIZAÇÃO

Eu,_____,

RG:_____,CPF:_____

autorizo_____,

RG:_____, CPF_____,

grau de parentesco: _____, retirar a minha credencial do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia do Paraná (CRTRPR).

_____, _____ de _____ de _____.

(Local e data)

_____

ASSINATURA

- **A pessoa que irá retirar a Credencial deverá trazer documento com foto.**

- **Caso tenha a credencial antiga (papel) deverá trazer para devolver.**

CRTR 10ª Região - Paraná
Rua General Carneiro, 26 – Alto da Gloria – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná
Site: www.crtrpr.org.br E-mail: crtrpr@crtrpr.org.br