



Conselho Regional de Técnicos em Radiologia
Serviço Público Federal

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE RETIRADA DE
CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL – CIP
POR TERCEIROS**

Eu, _____,

RG: _____, CPF: _____

nomeio e AUTORIZO _____

RG: _____, CPF _____,

grau de parentesco: _____, retirar a minha

Cédula de Identidade Profissional (CIP) junto ao Conselho Regional de

Técnicos em Radiologia da 10ª Região (CRTRPR), assumindo plena

responsabilidade quanto a entrega à terceiros, inclusive pelo uso indevido

da mesma pelo portador documento, após sua retirada.

_____ de _____ de _____.

(Local e data)

ASSINATURA NORMAL OU DIGITAL DO TÉCNICO/TECNÓLOGO

- A pessoa que irá retirar a Credencial **deverá trazer original e cópia do documento com foto e anexar no(s) requerimento(s)** .

CRTR 10ª Região - Paraná

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