



CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA 14ª REGIÃO
Serviço Público Federal

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,

R.G. Nº _____, C.P.F. Nº _____,

informo que não devolvi a cédula de identidade profissional CRTR Nº _____,

por motivo de perda e/ou roubo. estou ciente de que serei responsabilizado(a) por

quaisquer problemas decorrentes do uso indevido desse documento. por ser verdade,

firmo o presente.

_____/_____/_____.

Cidade/UF, dia/mês/ano.

SIGN

ASSINATURA DO(A) REQUERENTE