

FORMULÁRIO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 7ª REGIÃO
AC-AP-AM-PA-RO-RR

FOTO 3X4

POLEGAR DIREITO

PREENCHER EM LETRAS DE FORMA

FOTO, POLEGAR E ASSINATURA OBRIGATÓRIOS

NUTRICIONISTA []

TÉCNICO EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA []

DADOS PESSOAIS

Nome:		CRN Nº:	Estado Civil:
CPF:	RG Nº:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:

ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO E CONTATOS

Endereço:			Bairro:
CEP:	Município UF:	Complemento:	
DDD:	Tel. Residencial:	Tel. Celular:	Tel. Celular ² :
E-mail:		E-mail Alternativo:	

DADOS DE FORMAÇÃO

Universidade/Faculdade/Escola:					Data da Colação:
Nº do Registro:	Data do Registro:	Nº do Livro:	Nº da Folha:	Data da Conclusão:	Data do Diploma:

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

Ilmo. Presidente, solicito através deste, a **reativação** de meu registro perante o Conselho Regional de Nutricionistas da 7ª Região, conforme o § 2, Art 23, Cap. IV da Resolução CFN N° 466/2010. Declaro ter ciência que será arrecadada a anuidade proporcional do ano em curso a partir do recebimento deste requerimento, taxa para emissão da Carteira de Identidade Profissional e débitos que estiverem em aberto sob minha inscrição, conforme resolução vigente.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

USO EXCLUSIVO DO FUNCIONÁRIO CRN-7

Declaro que os documentos foram conferidos.

OBS: _____

Recebido em: ____ / ____ / ____

Nº do Processo: _____

Nº do Protocolo: _____

ASSINATURA E CARIMBO - FUNCIONÁRIO CRN7

USO EXCLUSIVO DO REQUERENTE

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas.

LOCAL-DATA: _____, _____ de _____ de _____

Ass:

ATENÇÃO! Sua assinatura deve estar centralizada e escrita de caneta de tinta preta.

Sua assinatura deve estar semelhante a do seu RG

Ed. Real One, 21º Andar

Avenida Governador José Malcher, 937 – Nazaré – Belém – Pará – CEP: 66055-261

Telefone: (91) 3038-7006 / 3038-7016 – E-mail: registro@crn7.org.br