



SOLICITAÇÃO DE REGISTRO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

PROTOCOLO Nº _____/____
DATA: ____/____/____

Assinatura Funcionário

À Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas da 9ª Região de Minas Gerais (CRN-9/MG)

Eu, _____, CRN-9 nº _____,
telefone de contato: () _____, E-mail: _____
venho, muito respeitosamente, requerer **REGISTRO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA**, na especialidade de _____, juntando, para tanto, a documentação abaixo mencionada, conforme disposto no art. 3º, *Parágrafo Único*, da Resolução CFN nº 416/2008, alterada pela Resolução CFN nº 556/2015.

DECLARAÇÃO

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros.

DOCUMENTOS ENTREGUES

- Carteira de Identidade Profissional Original, emitida pelo CRN-9;
- Cópia autenticada do Título de Especialista, validado e emitido pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN).

RELATO DO SETOR ADMINISTRATIVO CRN-9 (uso exclusivo do CRN-9)

À Assessoria Técnica para Análise e Concessão do Registro do Título de Especialista no CRN-9.

Encaminhamos requerimento e documentação em anexo que instrui a Solicitação de Registro do Título de Especialista na (s) especialidade (s) descrita (s) acima, para análise e elaboração de parecer, de acordo com a Resolução CFN nº 416/2008.

- () Confirmação de quitação da taxa
- () Profissional em dia com suas obrigações do CRN9

_____/_____/_____

Assinatura e Carimbo Funcionário Responsável

RELATO DO SETOR DE UNIDADE TÉCNICA DO CRN-9 (para uso exclusivo do CRN-9)

Situação: _____

_____/_____/_____

Assinatura e Carimbo Funcionário Responsável