



SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

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 _____, venho, muito respeitosamente, requerer, nesta data, **REATIVAÇÃO DA INSCRIÇÃO PROFISSIONAL**.

DECLARAÇÃO

Declaro ter ciência de que, para a reativação da inscrição, será cobrado o valor da anuidade do ano em exercício, proporcional à data de requerimento da reativação, bem como que serão cobrados os débitos anteriores ainda existentes.

ATUALIZAÇÃO DE DADOS PESSOAIS

Endereço: _____ Número: _____ Compl.: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Telefone: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____

Obs.:

Caso a inscrição seja provisória, verificar a lista de documentos necessários para realização de inscrição definitiva e encaminhá-los anexos ao formulário.

Caso tenha havido alteração em alguma documentação (ex. Identidade; Certidão de Casamento etc.), verificar os documentos necessários à emissão de 2ª via da Carteira de Identidade Profissional e encaminhá-los anexos ao formulário.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura e nº do CRN-9