|  |  |
| --- | --- |
| **CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS 9ª REGIÃO – MG**  **Ficha de inscrição** Nutricionista  Técnico Nut. Diet.  **Tipo**:  Definitivo  Provisório  Transferência  Secundário | **Processo Nº** |

**Dados do Profissional**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | | | | | | | | | | | Data de Nasc. | | | | | | Estado Civil | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |
| Naturalidade | | | Nacionalidade | | | | | | | | | | | | E-mail | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Nome do Pai | | | | | | | | Nome da Mãe | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Instituição de Ensino | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Colação de grau |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Local IE (cidade) | | | | | | | | | | | Data Diploma | | | | | Nº Registro do diploma no MEC | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| Sexo | Doc. Identidade | | | | Data Exp. | | | | | Orgão Exp. | | | | | | | CPF | | | |
| MF |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| Endereço Residencial | | | | | | Nº | | | Complemento | | | | | | | | | Bairro | | |
|  | | | | | |  | | |  | | | | | | | | |  | | |
| Cidade | | UF | | CEP | | | | | | | | DDD | | Telefones | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| Empresa onde trabalha | | | | | | | Cargo/Função | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Cidade | | UF | | CEP | | | | | | | | DDD | | Telefones | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |
| Sim Não *Autorizo o CRN9 a enviar meus documentos pelo correio.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Campo Obrigatório | Cole sua foto aqui | **Requerimento**  **Declaro estar de acordo com o disposto na resolução CFN 466/10 e com as exigências da Lei 8.234/91. Declaro ainda a veracidade do acima firmado, e solicito o deferimento da inscrição.** | |
| Local | Data |
|  |  |
| Assinatura do Requerente **[USAR CANETA PRETA]** | |
|  | |
| Polegar Direito | Foto |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Declaro que os dados informados foram por mim conferidos com os documentos originais. | Data | Assinatura Funcionário CRN9 |
|  |  |
|  | | |
| **Relatório**  O profissional apresentou a documentação necessária, conferida pelo servidor do CRN9 | Data | Presidente |
|  |  |
|  | | |
| **Registro** (Data / Funcionário CRN9) |  |  |