|  |  |
| --- | --- |
| **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 |
| [ ] M[ ] F |  |  |  |  |
| 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) |  |  |