|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE BAIXA TEMPORÁRIA DA INSCRIÇÃO DE NUTRICIONISTA** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eu, |  | | | | | | | | | | | | | , CRN-9 n° | | |  | | | |
| telefone de contato: | | | | | (  )     - | | , e-mail: | | |  | | | | | | | | | , |
| residente na | | | |  | | | | | , nº: | | |  | , complemento: | |  | | | | , |
| bairro: | |  | | | | | | , cidade: | | |  | | | | | , UF: | |  | |
| e CEP: | | | - | | | requerer a **BAIXA TEMPORÁRIA DE INSCRIÇÃO DE NUTRICIONISTA**, conforme art. 23 | | | | | | | | | | | | | |
| da Resolução CFN n° 466/10. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro estar temporariamente afastado (a) do exercício de atividades relacionadas à área de nutrição e alimentação. Caso volte a exercer atribuições privativas da profissão de nutricionista conforme Lei Federal No 8234 de 1991, comunicarei imediatamente a este Conselho Regional para reativação de minha inscrição.

Declaro, também, estar ciente de que a baixa temporária é válida por 5 (cinco) anos, e que, caso não me manifeste anteriormente ao término deste período, este Conselho Regional procederá ao cancelamento definitivo de minha inscrição, sendo necessária a realização de nova inscrição, caso volte a atuar.

Estou ciente que durante a vigência de minha baixa temporária não poderei exercer as atribuições privativas da profissão de nutricionista, conforme a Lei Federal No 8234 de 1991.

Apresento como justificativa:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| - Desempregado | | - Mudança de profissão | - Não atuação na área |
| - Aposentado | | - Mudança para o exterior | - Pós-graduação |
| - Outros: |  | | |

e encaminho a documentação listada anexa como comprovação da justificativa apresentada:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| () | Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) informando meu desligamento da pessoa jurídica na área alimentação e nutrição onde exercia a atividade de nutricionista (página com foto, página com as informações pessoais, página com registro de desligamento da empresa e a página seguinte em branco); ou | | | | | | | | | | |
| () | Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) com contrato de trabalho em emprego em outra área que não seja alimentação e nutrição; ou | | | | | | | | | | |
| () | Documento assinado por representante legal da pessoa jurídica informando as atividades de atuação em área que não seja alimentação e nutrição; ou | | | | | | | | | | |
| () | Passaporte ou documento comprobatório de viagem/residência exterior; ou | | | | | | | | | | |
| () | Atestado de Saúde que justifique o afastamento das funções por longo período; ou | | | | | | | | | | |
| () | Edital de concurso comprovando emprego ou cargo ou pós-graduação cujas exigências não incluam curso superior em Nutrição; ou | | | | | | | | | | |
| () | Publicação em Diário Oficial nos casos de posse, exoneração, licença, etc; ou | | | | | | | | | | |
| () | Documento comprovando aposentadoria; ou | | | | | | | | | | |
| () | *Outros:* | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |
|  | / |  | , |  | de |  | de |  |
| **Cidade** | **/** | **UF** | **,** | **Dia** |  | **Mês** |  | **Ano** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e nº do CRN-9