

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

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

Eu, _____ CRN-9 nº _____,
CPF: _____ 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 ENDEREÇO

Endereço: _____ Nº _____ Compl: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____
CEP: _____ Celular: () _____ E-mail: _____

_____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura Digital do Requerente [assine usando conta gov.br - <https://assinador.iti.br/assinatura/index.xhtml>]

┌

└

└

┌