



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 2ª REGIÃO
RS

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE NUTRICIONISTA

Eu _____ CRN2 _____, residente
na _____ nº ____/____, na cidade de
_____ CEP: _____, Fone: () _____

e-mail: _____, venho respeitosamente requerer a Vossa Senhoria, o
cancelamento do registro perante este Conselho Profissional, de acordo com o artigo 22 da Resolução CFN nº
466/10. A restituição da carteira profissional do CRN2 deverá ser feita no prazo de 30 dias, sob pena de sofrer
ação judicial (busca e apreensão) e eventual responsabilização legal. **As razões descritas justificam minha
solicitação:**

_____.

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei (Lei 6.583/78, Art. 19, Inciso II; Decreto-Lei 84.444, Art. 52 e Resolução CFN 511/12) não
exercer qualquer cargo, função ou atividade privativa de nutricionista, conforme legislações vigentes, seja por meio
de vínculo empregatício ou prestação de serviços (autônomo).

Estou ciente da obrigação da quitação dos débitos, no caso da existência de débitos anteriores à homologação do
cancelamento do registro provisório ou que eventualmente venha a ser apurado posteriormente.

(Cidade) _____, _____ de _____ de _____

Assinatura: _____