



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

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE TND

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 técnico em nutrição e dietética, 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: _____