



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - 2ª REGIÃO

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE TND

Ao CRN2, eu _____,
inscrito(a) no CRN-2, sob o nº _____, com endereço _____
nº _____/_____, na cidade de _____
CEP: _____, Fone: (_____) _____ e-mail:
_____, solicito nesta data o cancelamento da inscrição,
conforme Resolução CFN nº 791/24, estando ciente que, no período em que estiver com o registro
cancelado, estarei impossibilitado de exercer a profissão de Técnico em Nutrição e Dietética (TND).

Justificativa:

() Aposentadoria () Afastamento – INSS () Desemprego () Licença sem remuneração () Mudança de
profissão

Outros: especificar _____

**Documentos enviados juntamente com a solicitação de cancelamento de inscrição, conforme orientação
do CRN2**

Documento comprobatórios de não atuação profissional (extrato de contribuição, carteira de trabalho
profissional ou autodeclaração de não vínculo).

DECLARAÇÃO

Comprometo-me a não exercer nenhuma atividade profissional, citada nos artigos nos artigos 4º e 5º da Lei
nº 14.924 de 2024, enquanto estiver vigorando o cancelamento do exercício de TND. Declaro ter ciência de
que o porte e o uso da carteira de identidade profissional no exercício da profissão de TND, a partir da data
do deferimento do cancelamento de inscrição, caracteriza exercício irregular e estarei sujeito às sanções
disciplinares e penais cabíveis à espécie.

Local e Data: _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura e nº de inscrição profissional (T- xxxx)