



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

**SOLICITAÇÃO DE BAIXA TEMPORÁRIA 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 a baixa temporária da inscrição de TND, conforme Resolução CFN nº 791/24, estando ciente que, no período em que estiver em baixa temporária, estarei impossibilitado de exercer a profissão de Técnico em Nutrição e Dietética (TND). No caso de baixa temporária, declaro ter ciência que ela tem o prazo de validade de 5 (cinco) anos, podendo ser prorrogável por mais 5 (cinco) anos, desde que haja manifestação de minha parte.

Justificativa:

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

Outros: Especificar \_\_\_\_\_

**Documentos enviados juntamente com a solicitação de baixa, conforme orientação do CRN-2**

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 4º e 5º da Lei nº 14.924 de 2024, enquanto estiver vigorando a baixa temporária da inscrição 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 da baixa temporária, 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)