



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)