



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

**REQUERIMENTO DE CADASTRO DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA
COMO PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO**

I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA:

Nome Completo : _____

CRN-2: _____

Endereço do local de atuação como autônomo: _____

CEP: _____ Município/Estado: _____

Telefone Comercial: (____) _____ Celular: (____) _____

E-mail: _____

Perfil profissional nas redes sociais: _____

II - INFORMAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

2.1. Data de início da atuação como autônomo: ____/____/____

2.2. Carga Horária semanal, quando couber: ____ horas

2.3. Distribuição da carga horária semanal, quando couber:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....						

III - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Declaro, para os devidos fins, que todas as informações prestadas ao CRN-____ são a expressão da verdade e solicito:

cadastro da minha atuação como autônomo

emissão da Certidão de Cadastro do Autônomo (CCA).

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do nutricionista