

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE TÍTULO DE ESPECIALISTA

I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA:

Nome Completo _____

Inscrição no CRN-3 sob o nº _____, CPF sob o nº _____

E-mail: _____

Telefone fixo: (____) _____ Celular: (____) _____

II - ESPECIFICAÇÃO DA ESPECIALIDADE RECONHECIDA PELO SISTEMA CFN/CRN:

Nome da especialidade: _____

Nome do título: _____

Nome completo da instituição expedidora do título de especialista: _____

III - DECLARAÇÃO DE VERACIDADE E AUTENTICIDADE DE DADOS E DOCUMENTOS:

Declaro, sob as penas da lei, que os dados contidos no requerimento e os documentos entregues eletronicamente ao Conselho Regional de Nutricionistas da ____ª Região, são integralmente verídicos, autênticos e condizem com a documentação original, estando ciente que, do contrário, estarei incorrendo em infração ao Código Penal Brasileiro, notadamente aos artigos 297, 298 e 299, que tratam da falsificação de documento público, da falsificação de documento particular e da falsidade ideológica, respectivamente, sem prejuízo das demais sanções penais, administrativas e cíveis cabíveis.

Por ser verdade, concordo e firmo a presente declaração.

Nestes termos, solicito o registro do certificado do título de especialista especificado acima.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do nutricionista