



## CADASTRO DE CONSULTORES

Nome completo: \_\_\_\_\_ CRN Nº: \_\_\_\_\_

Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone Residencial: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail Pessoal: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Áreas de atuação: \_\_\_\_\_

Estou à disposição para as seguintes mídias: ( ) Televisão - ao vivo ( ) Televisão - gravado ( ) Rádio ( ) Mídia escrita – Revista, Jornal ( ) Palestra

Tenho disponibilidade para atender a imprensa: ( ) Imediatamente ( ) 24h de antecedência ( ) 48h de antecedência ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Idioma de domínio: ( ) Português ( ) Espanhol ( ) Inglês ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Temas de domínio dentro da Nutrição: \_\_\_\_\_

Outras informações: \_\_\_\_\_

Autorizações: ( ) Declaro estar inscrito e em dia com minhas obrigações junto ao CRN-10 e que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

( ) Autorizo o CRN-10 a divulgar meus contatos para pessoas ou empresas interessadas em entrevistas e palestras.

( ) Declaro que a atualização periódica dos dados acima é de minha responsabilidade, devendo ser comunicada ao CRN-10 sempre que houver alteração de dados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(cidade) (dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) profissional