



Conselho Regional de Nutricionistas Décima
Região CRN-10

REQUERIMENTO PARA REGISTRO/AVERBAÇÃO DE ATESTADO DE COMPROVAÇÃO DE APTIDÃO DE DESEMPENHO DE ATIVIDADES

A empresa _____,
registrada no CRN-____ sob o nº _____, vem através deste requerer a esse CRN -10ª
Região o registro/averbação do(s) atestado(s) de Comprovação de Aptidão para Desempenho
de Atividade fornecido(s) pela (s) empresa(s):

No caso de participação em licitação, fica esta empresa ciente que sendo vencedora do
certame, deverá comunicar esse resultado ao CRN, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

_____, ____/____/____

(local e data)

Assinatura do Requerente