

FICHA CADASTRO DE TRABALHO

Solicitamos que, se estiver exercendo qualquer cargo, função ou atividade privativa de Nutricionista ou de Técnico em Nutrição, seja por meio de vínculo empregatício ou prestação de serviços (autônomo), **deverá preencher a ficha de trabalho e devolver ao CRN10**. A ficha poderá ser enviada digitalizada por e-mail. Se for mais de um trabalho, preencher uma ficha para cada atividade.

Nome: **CRN-10:**
E-mail: **Celular: (..)**.....

Área de atuação:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Clínica/Consultório | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Docência | <input type="checkbox"/> Supermercado |
| <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial | <input type="checkbox"/> (UAN) Unidade de Alimentação e Nutrição |
| <input type="checkbox"/> Refeitório/Alimentação Coletiva | <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar (Pública e Privada) |
| <input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos | <input type="checkbox"/> (NASF) Núc. de Apoio à Saúde da Família |
| <input type="checkbox"/> Academia | <input type="checkbox"/> (PAT) Prog. de Alimentação do Trabalhador |
| <input type="checkbox"/> Outros:..... | |
| <input type="checkbox"/> Teleatendimento/teleconsulta/Atendimento online (Cfe Resolução CFN nº 666/2020 Realizar cadastro na plataforma e-Nutricionista - https://enutricionista.cfn.org.br/application/enutri/form) | |

Dados da Empresa/local de atendimento (caso seja autônomo preencher a razão social com seu nome completo):

Razão Social:

Telefone: (....)..... CNPJ/CPF:

Endereço do local de trabalho:Nº.....

Bairro: Município: CEP:.....

Data de Admissão/Início da atividade:

Tipo de vínculo de trabalho:

CLT Autônomo Estatutário Sócio/Proprietário Contratado Outros:

Estou ciente que devo comunicar o CRN10 qualquer alteração dos dados aqui informados, bem como comunicar o encerramento dos meu trabalho no local citado acima, quando ocorrer.

Estou ciente que, em caso de Assunção de Responsabilidade Técnica, devo encaminhar documentação adicional específica para análise pelo CRN10 conforme previsto na Resolução CFN 576/2016.

.....
Local e data

.....
Assinatura do profissional