



CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - DÉCIMA REGIÃO
SANTA CATARINA

R. Felipe Schmidt, 321 Salas 1101,1102 e 1104 • Florianópolis/SC - 88.010.000
Fone (48) 3222.1967 pessoafisica@crn10.org.br - www.crn10.org.br

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO
NUTRICIONISTA

Nº PROCESSO:

*FOTO 3X4

*DIGITAL POLEGAR DIREITO

Nº PROTOCOLO:

COLAR

TIPO DE INSCRIÇÃO:

DEFINITIVO PROVISÓRIO TRANSFERÊNCIA SECUNDÁRIO

DADOS DO PROFISSIONAL

*NOME CIVIL COMPLETO:

NOME SOCIAL: (Cfe Decreto nº 8.727/2016)

*DATA DE NASCIMENTO:

*NATURALIDADE-UF:

*NACIONALIDADE:

*GÊNERO:

*RAÇA/COR:

*Nº CPF ou da Carteira de Identidade Nacional (CIN):

*ÓRGÃO EXPEDIDOR:

*DATA EXPEDIÇÃO:

*ESTADO CIVIL:

*FILIAÇÃO 1:

*FILIAÇÃO 2:

ENDEREÇO / CONTATOS

*LOGRADOURO (Rua, Avenida, Servidão / Número)

*BAIRRO:

*MUNICÍPIO-UF:

*CEP:

*COMPLEMENTO (Apto, bloco, fundos):

*FONE 01:

FONE 02:

*CELULAR:

*E-MAIL:

DADOS DE FORMAÇÃO

*UNIVERSIDADE / FACULDADE / ESCOLA:

*ENDEREÇO CAMPUS/POLO:

*DATA COL. DE GRAU:

DATA DIPLOMA:

Nº REG. NO MEC:

LIVRO:

FOLHA:

PROCESSO Nº:

MODALIDADE:

() Presencial () EAD/Sempresencial

REQUERIMENTO *(Obrigatório, assinatura que vai ser inserida na carteira)

Responsabilizo-me pela veracidade das informações prestadas, solicito o deferimento da inscrição junto ao CRN/10

ATENÇÃO! A assinatura deve estar centralizada e escrita com caneta de tinta preta, sem rasuras.

***Assinatura:**

Local e Data: _____, ____/____/____

RELATO (PARA USO EXCLUSIVO DO CRN10)

SETOR DE HABILITAÇÃO: Declaro que os dados informados foram conferidos, em ____/____/____

Funcionário CRN-10

Tendo o profissional apresentado a documentação necessária, de acordo com a Resolução CFN nº 786/2024, sou favorável ao(a): () DEFERIMENTO () INDEFERIMENTO () DILIGÊNCIA

OBSERVAÇÕES: _____

Data: ____/____/____

Funcionário CRN-10 (Conforme delegação de competência estabelecida pelas Portarias CRN-10 14/2015 e CRN-10 05/2019).

*campos de preenchimento obrigatório.