



Ilma.Sra.

Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas - 2ª Região

Eu _____ CRN-2 _____ ,
residente na _____ nº- ____/_____
na cidade de _____ CEP: _____,
Fone: () _____ e-mail: _____,

vem respeitosamente requerer a Vossa Senhoria a **Baixa Temporária (válida por 5 anos)** de minha inscrição perante este Conselho Profissional, de acordo com o artigo 23 da Resolução CFN nº 228/99. Declaro para tanto, estar quite com a Tesouraria, não possuir processo ético e/ou disciplinar e estar ciente de não poder exercer a profissão de Nutricionista. Neste ato, efetuo a entrega do cartão de Identificação Termoplástico para retenção no CRN-2 e a Carteira de Identidade Profissional para anotação da Baixa, a qual será devolvida após a homologação da baixa temporária.

As razões abaixo justificam minha solicitação.

Nestes Termos, Pede Deferimento.

Porto Alegre, _____ de _____ de _____.

Assinatura:.....