



CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO
CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO - 2ª REGIÃO

SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE NUTRICIONISTA

Ao CRN2, eu _____,
inscrito(a) no CRN-2, sob o nº _____, com endereço _____
nº ____/____, na cidade de _____
CEP: _____, Fone: (_____) _____ e-mail:
_____, solicito nesta data o cancelamento da inscrição,
conforme Resolução CFN nº 786/24, estando ciente de que, no período em que estiver com o registro
cancelado, estarei impossibilitado de exercer a profissão de nutricionista.

Justificativa:

() Aposentadoria () Afastamento – INSS () Desemprego () Licença sem remuneração () Mudança de
profissão

Outros: especificar _____

**Documentos enviados juntamente com a solicitação de cancelamento de inscrição, conforme orientação
do CRN2**

Documento comprobatórios de não atuação profissional (extrato de contribuição, carteira de trabalho
profissional ou autodeclaração de não vínculo).

DECLARAÇÃO

Comprometo-me a não exercer nenhuma atividade profissional, citada nos artigos 3º e 4º da Lei Federal nº
8.234/1991, enquanto estiver vigorando o cancelamento do exercício de nutricionista. Declaro ter ciência de
que o porte e o uso da carteira de identidade profissional no exercício profissional, a partir da data do
deferimento do cancelamento de inscrição, caracterizam exercício irregular e estarei sujeito às sanções
disciplinares e penais cabíveis à espécie.

Local e data: _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura e nº do CRN2