



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |\_5\_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:

## FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE DOCENTES DAS DISCIPLINAS DE NUTRIÇÃO DOS CURSOS DE SAÚDE

### I - PESSOA JURÍDICA

<b>Razão Social:</b>																			
Nº CRN-5:					C NPJ:							/					-		
<b>Endereço da Matriz /Unidade:</b>																			
Bairro:					Município:					UF:			CEP:						
Telefone:					E-mail:														
Nível De Ensino	<input type="checkbox"/> Superior Em Nutrição <input type="checkbox"/> Técnico Em Nutrição <input type="checkbox"/> Superior Em _____ <input type="checkbox"/> Técnico Em _____																		
Se Ensino Superior – Tipo De Graduação	<input type="checkbox"/> Bacharel <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Tecnólogo																		
Modalidade	<input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> EAD <input type="checkbox"/> Misto:            %Presencial E            %EAD																		

### II - NUTRICIONISTA COORDENADOR DO CURSO

<b>Nome:</b>							<b>Nº CRN- :</b>			
<b>Data da Admissão:</b>	- Carga horária semanal _____ h/semana, distribuídas da seguinte forma a:									
____/____/____	<i>Segunda</i> : às :	<i>Terça</i> : às :	<i>Quarta</i> : às :	<i>Quinta</i> : às :	<i>Sexta</i> : às :	<i>Sábado</i> : às :	<i>Domingo</i> : às :			
<b>Vínculo do Nutricionista com a PJ :</b>	<input type="checkbox"/> Estatutário , <input type="checkbox"/> Celetista, <input type="checkbox"/> Contratado, <input type="checkbox"/> Concursado Celetista, <input type="checkbox"/> Outro:									
<b>Existe Quadro Técnico?</b>	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ( preencher quadro abaixo e se necessário no verso)									

### III - RELAÇÃO DE DOCENTES

Nº	Nutricionista	CRN	DISCIPLINA	CURSO	Nº. DE TURMAS
1	Assinatura:				
2	Assinatura:				
3	Assinatura:				

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN-5 e só será válido se estiver corretamente preenchido e se for protocolado pelo CRN-5. Não serão aceitas versões enviadas por correio eletrônico ou fax.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Coordenador ou do Diretor do Curso



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS  
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |\_5\_|ª REGIÃO

UF BA/SE

PROTOCOLO CRN-5 nº  
DATA DO PROTOCOLO:  
FUNCIONÁRIO:

## FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE DOCENTES COMPLEMENTAR

Nutricionista (s), exceto O Coordenador do Curso

Razão Social:

III - RELAÇÃO DE DOCENTES continuação

Nº	Nutricionista	CRN	DISCIPLINA	CURSO	Nº. DE TURMAS
4	Assinatura:				
5	Assinatura:				
6	Assinatura:				
7	Assinatura:				
8	Assinatura:				
9	Assinatura:				
10	Assinatura:				
11	Assinatura:				

Este documento deverá ser encaminhado ao CRN-5 e só será válido se estiver devidamente preenchido e assinado; e devidamente protocolado pelo CRN-5. Não serão aceitas versões enviadas por CORREIO ELETRÔNICO ou FAX.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista Coordenador ou do Diretor do Curso

Observações:

1. Anexar a este documento, a ementa das disciplinas específicas de nutrição do Curso de Saúde;
2. Anexar cópia do vínculo empregatício dos Nutricionistas;
3. Encaminhar este formulário devidamente preenchido para a Comissão de Fiscalização do CRN-5.