



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 5ª REGIÃO

**REQUERIMENTO DE CADASTRO DA ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA
COMO PROFISSIONAL LIBERAL AUTÔNOMO**

I - IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA:

Nome Completo: _____
CRN-5: _____ E-mail: _____
Endereço do local de atuação como autônomo: _____

CEP: _____ Município/Estado: _____
Telefone Comercial: (____) _____ Celular: (____) _____
Perfil profissional nas redes sociais: _____

II - INFORMAÇÕES SOBRE A ATUAÇÃO PROFISSIONAL:

- 2.1. Data de início da atuação como autônomo: ____/____/_____
2.2. Carga Horária semanal, quando couber: ____ horas
2.3. Distribuição da carga horária semanal, quando couber:

| Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado | Domingo |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|às..... |às..... |às..... |às..... |às..... |às..... |às..... |

III - DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Declaro, para os devidos fins, que todas as informações prestadas ao CRN-5 são a expressão da verdade e solicito:

- Cadastro da minha atuação como autônomo
 Emissão da Certidão de Cadastro do Autônomo (CCA).

_____, _____ de _____ de _____
Local Data

Assinatura por extenso do Nutricionista