



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS

CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - |1ª| REGIÃO UF | |

REQUERIMENTO PARA CERTIDÃO DE ACERVO TÉCNICO PESSOA FÍSICA**I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FÍSICA**

Nome:		CRN Nº:	
E-mail:		Telefone:	

II- DADOS PARA COMPOSIÇÃO DO ACERVO TÉCNICO:

Para composição do acervo técnico da requerido, solicito que sejam declaradas as informações a respeito de minha atuação das empresas especificadas a seguir:

a. Razão Social:		C NPJ:	
-------------------------	--	--------	--

Na Unidade:	
-------------	--

Situada à:		Bairro:	
------------	--	---------	--

Município:		UF:		CEP:		Telefone:	
------------	--	-----	--	------	--	-----------	--

Tipo de Atividade Realizada na Empresa/ Instituição:

Área de Atuação:	<input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva	<input type="checkbox"/> Nutrição Clínica	<input type="checkbox"/> Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/> Docência
	<input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos	<input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição	<input type="checkbox"/> Nutrição Esportiva	<input type="checkbox"/> PNAE

Dimensionamento da Unidade:	<input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,	<input type="checkbox"/> Nº Alunos.. _____,
	<input type="checkbox"/> Nº Leitos .. _____,	<input type="checkbox"/> Outros _____

Data de Admissão:	/ /	Data da Demissão:	/ /
--------------------------	-----	--------------------------	-----

b. Razão Social:		C NPJ:	
-------------------------	--	--------	--

Na Unidade:	
-------------	--

Situada à:		Bairro:	
------------	--	---------	--

Município:		UF:		CEP:		Telefone:	
------------	--	-----	--	------	--	-----------	--

Tipo de Atividade Realizada na Empresa/ Instituição:

Área de Atuação:	<input type="checkbox"/> Alimentação Coletiva	<input type="checkbox"/> Nutrição Clínica	<input type="checkbox"/> Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/> Docência
	<input type="checkbox"/> Indústria de Alimentos	<input type="checkbox"/> Marketing em Nutrição	<input type="checkbox"/> Nutrição Esportiva	<input type="checkbox"/> PNAE

Dimensionamento da Unidade:	<input type="checkbox"/> Nº Refeições/dia _____,	<input type="checkbox"/> Nº Alunos.. _____,
	<input type="checkbox"/> Nº Leitos .. _____,	<input type="checkbox"/> Outros _____

Data de Admissão:	/ /	Data da Demissão:	/ /
--------------------------	-----	--------------------------	-----

c. Razão Social:		C NPJ:	
-------------------------	--	--------	--

Na Unidade:	
-------------	--

Situada à:		Bairro:	
------------	--	---------	--

Município:		UF:		CEP:		Telefone:	
------------	--	-----	--	------	--	-----------	--

Tipo de Atividade Realizada na Empresa/ Instituição (Consultar anexo):

Área de Atuação: Alimentação Coletiva Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência
 Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição Nutrição Esportiva PNAE

Dimensionamento da Unidade: Nº Refeições/dia _____, Nº Alunos.. _____,
 Nº Leitos .. _____, Outros _____

Data de Admissão: / / **Data da Demissão:** / /

d. Razão Social: C NPJ:

Na Unidade:

Situada à: Bairro:

Município: UF: CEP: Telefone:

Tipo de Atividade Realizada na Empresa/ Instituição:

Área de Atuação: Alimentação Coletiva Nutrição Clínica Saúde Coletiva Docência
 Indústria de Alimentos Marketing em Nutrição Nutrição Esportiva PNAE

Dimensionamento da Unidade: Nº Refeições/dia _____, Nº Alunos.. _____,
 Nº Leitos .. _____, Outros _____

Data de Admissão: / / **Data da Demissão:** / /

IV – REQUERENTE:

Assinatura do Profissional