**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CERTIFICADO**

**DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO NA ÁREA DE FITOTERAPIA RELACIONADA À NUTRIÇÃO**

Sr. (a). Presidente do Conselho Regional de Nutricionistas da \_\_ª Região,

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nutricionista inscrito (a) no Conselho Regional de Nutricionistas sob o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho requerer o registro de certificado de pós-graduação *Lato Sensu* na área de fitoterapia relacionada à nutrição, para fins de prescrição de fitoterápicos como complemento da prescrição dietética relacionada à nutrição, conforme disposto na Resolução CFN n° 556/2015, anexando para tanto a documentação abaixo relacionada:

I. Requerimento de Registro de Certificado de Curso de Pós-graduação na área de fitoterapia relacionada à nutrição preenchido;

II. Termo de Responsabilidade para Atuação Profissional assinado;

III. Certificado de conclusão do curso de pós-graduação Lato Sensu na área de fitoterapia relacionada à nutrição oferecido por instituição credenciada pelo Ministério da Educação, com carga horária mínima de 360 horas, ou cuja matrícula no curso tenha sido realizada até a data de 14 de maio de 2015.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros.

Cidade, Estado, Data

Assinatura do Nutricionista Requerente