**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ATUAÇÃO PROFISSIONAL**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nutricionista inscrito(a) no Conselho Regional de Nutricionistasda \_\_\_ Região sob n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador(a) de certificado de curso de pós-graduação *Lato Sensu* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme determina a Resolução CFN n° **556/2015**; requerente do 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; declaro ter ciência dos preceitos éticos contidos no Código de Ética do nutricionista, das minhas responsabilidades profissionais e de que não poderei desempenhar atividades além daquelas que me competem legalmente e pelas características do curso de pós-graduação concluído, cabendo a mim o direito ao exercício de atividades compatíveis com as minhas atribuições profissionais e com meu respectivo curso.

Deste modo, sou ciente de que:

***"Em conformidade com o disposto no art. 4º, § 3° da*** [Resolução CFN n° 556,](../AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/6NKFNG1J/cfn) ***de 11 de abril de 2015, o nutricionista detentor do certificado objeto deste registro não poderá desempenhar atividades além daquelas que* lhe competem pelas características da matriz curricular, consideradas, em cada caso, as disciplinas dos respectivos cursos, a matriz curricular e respectivos módulos ou disciplinas dos cursos de pós – graduação *Lato Sensu”.***

Cidade, Estado, Data

Assinatura do Nutricionista Requerente