

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE TREINAMENTO  
EM NUTROLOGIA**

Á

Comissão de Título de Especialista da Associação Brasileira de Nutrologia.

Eu \_\_\_\_\_,  
CRM, \_\_\_\_\_/UF: \_\_\_\_\_, (colocar o cargo do responsável e anexar cópia simples da  
identificação profissional), situado na cidade de \_\_\_\_\_, no estado \_\_\_\_\_,  
declaro que o médico (a) \_\_\_\_\_,  
CRM: \_\_\_\_\_/UF: \_\_\_\_\_, desenvolve atividades na área de **Nutrologia** com carga horária  
semanal de \_\_\_\_\_ horas, desde \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

.....  
(cidade e data)

.....  
Assinatura e carinho

**OBSERVAÇÃO:**

1. Deve ser um papel timbrado da instituição.

2. **Reconhecer firma** do responsável pela assinatura na declaração.