



**CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM
CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE XXXXXX**

DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Eu, (NOME SOCIAL), (NOME) portador(a) do CPF XXX.XXX.XXX-XX, declaro, sob as penas de lei, para fins de **suspensão** da minha **inscrição** de **CATEGORIA**, nº XXX.XXX junto ao Conselho Regional de Enfermagem de XXXXXXXXX (Coren-XX), que não exerço atividade voluntária ou remunerada, privativa dos profissionais de enfermagem.

Estou ciente de que **não é permitido o exercício da profissão enquanto a inscrição estiver suspensa**, e comprometo-me a solicitar **previamente** a revogação da suspensão quando retornar ao exercício da enfermagem.

Além disso, também estou ciente de que a suspensão da inscrição tem prazo de um ano, a contar da data do deferimento, e será revogada automaticamente após este período.

Desta forma, caso não haja alteração na minha situação relacionada ao exercício da Enfermagem, estou ciente da minha responsabilidade de solicitar a Prorrogação da Suspensão, a partir de 30 dias antes da expiração do prazo de suspensão da inscrição.

XXXXXXX, XX de XXXXXXXX de 20XX

Assinatura do Requerente