



## DECLARAÇÃO DE NÃO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do CPF \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas de lei, para fins de suspensão da minha inscrição de \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_ junto ao Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba (Coren-PB), 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, sob pena que se não solicitado a prorrogação da suspensão no prazo determinado a inscrição será ativada automaticamente restabelecendo as obrigações financeiras junto ao Conselho.

Por fim, autorizo o recebimento de intimação por meio eletrônico.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do Requerente