



**DECLARAÇÃO DE AFASTAMENTO/NÃO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES
PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM**

Eu, _____,
portador(a) do CPF _____, declaro, sob as penas de lei, para fins de
suspensão da minha inscrição de CATEGORIA _____, nº
_____ junto ao Conselho Regional de Enfermagem do Piauí (Coren-PI), 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,
restabelecendo as obrigações financeiras.

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.

Firmo o declarado, sob pena de responder a processo ético por descumprimento às
normas vigentes.

_____, ____ de _____ de ____ .

Assinatura do Profissional