



PREFEITURA MUNICIPAL DE LENÇÓIS PAULISTA
GRUPO TÉCNICO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

PROCESSO Nº: _____

DADOS DO PROFISSIONAL

Nome:			
RG:	CPF:	Conselho Regional:	Nº Registro:
Endereço Residencial:			Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP:
Fone:			
ATIVIDADE EXERCIDA:			

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:		
CNPJ:		
Endereço:		Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:

DADOS DO EQUIPAMENTO

Tipo de equipamento:	
Nº de série:	Marca / Modelo:
Potência:	

DECLARAÇÃO

Declaro no pleno exercício de minhas atividades, que assumo a Responsabilidade Técnica pela empresa/ equipamento acima, comprometendo-me a:

- Responder pelas ações e/ou omissões transgressoras das normas sanitárias que venham a ocorrer no estabelecimento;
- Fornecer às autoridades sanitárias todas as informações e solicitações relativas ao estabelecimento;
- Comunicar à Vigilância Sanitária, de imediato e por escrito, quando da cessação da responsabilidade técnica.

DATA E ASSINATURA

Local e data

Assinatura do Profissional