**INDICAÇÃO DA EMPRESA PARA RESPONSÁVEL TÉCNICO – RT**

Ilmo Senhor Presidente do Conselho Regional de Química – XII Região

Solicitamos aprovação do profissional: Sr(a).............................................................................................................................., diplomado em:.........................................................portador da cédula e livrete de identificação profissional de químico – registro nº ...................................................................................................................

Endereço residencial.......................................................................................................................

......................................................................................................................................................... ......................................................................................................................................................... Município:.................................................................................CEP:............................................... Tel.: ( ) ........................Cel.: ( ) .......................................................................................................

E-mail: ............................................................................................................................................

com vinculo de ( ) sócio ( ) funcionário ( ) autônomo contratado em \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, como responsável técnico – RT pelas atividades da área da química ( ) com abrangência total do estabelecimento ou ( ) restrita aos processos químicos de fabricação ou laboratório químico, desenvolvidas no estabelecimento:

Razão Social: .................................................................................................................................

Nome Fantasia:............................................................................................CNPJ:.........................

Endereço:..........................................................................................................CEP:......................

Município:.........................................................................Bairro:.....................................................

Telefone: ( ) ........................................................Celular: ( ).......................................................

E-mail: ............................................................................................................................................

Tipo de atividade: ( ) Industrial ( ) Comercial

( ) Prestação de serviços ( ) Outros................................................................

Descrição da(s) atividade(s) desenvolvida(s) no estabelecimento:................................................ ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Outra (s) empresa (s)/unidade (s) do mesmo grupo econômico:....................................................

..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Declaramos, em conformidade com o disposto no artigo 27 da Lei no 2.800/56, que:

( ) não existe(m) outra(s) pessoa(s) desenvolvendo atividades da área da química no estabelecimento.

( ) existe(m) outra(s) pessoa(s) desenvolvendo atividades da área da química no estabelecimento, conforme relação (anexo 1).

Declaramos, ainda, que a comprovação de vínculo com a empresa estará à disposição do CRQ-XII sempre que solicitado, especialmente quando das vistorias pelo serviço de fiscalização.

Períodos em que o Responsável Técnico desenvolve atividades neste estabelecimento:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dias da  Semana  Período | 2ª feira | 3ª Feira | 4ª Feira | 5ª Feira | 6ª Feira | Sábado | Domingo |
| Matutino | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h |
| Vespertino | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h |
| Noturno | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h | \_\_h às\_\_h |

**Nesses termos solicito o deferimento.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| Ciente e de acordo  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Profissional Indicado | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Representante Legal da Empresa |

Nome completo do Representante legal: ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PESSOAS QUE DESENVOLVEM ATIVIDADE QUÍMICA – Anexo I**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome** | **CPF** | **Cargo** | **Horário de trabalho** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |
|  |  |  | **\_\_\_h às \_\_\_h** |

**Obs: Este documento deve ser assinado mesmo se estiver em branco.**

**Ciente:**

Profissional indicado como RT:....................................................................................................

Representante legal do estabelecimento:....................................................................................