



SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Resolução CFN nº 576/2016, Art.3º. Parágrafo único - Quando a Responsabilidade Técnica for solicitada por Nutricionista que já atua como integrante de Quadro Técnico em outro local, esta informação, assim como a citação de outros trabalhos, com ou sem vínculo, deverá fazer parte do documento.

Eu, (nome completo) _____, inscrito (a) no CRN-8 sob o nº _____, residente à (Rua / Av., nº, Apto., Bl., Bairro, Município, UF,CEP): _____ (telefone, celular) _____ (e-mail): _____, venho por meio deste solicitar autorização do CRN-8 para atuar na(s) Pessoa(s) Jurídica(s) relacionada(s) abaixo, como Responsável Técnico e/ou componente do Quadro Técnico.

Razão Social: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Dias e horários de funcionamento: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Table with 4 columns: Segmento, Dimensionamento da Unidade, Distribuição da Carga Horária, and Atribuição Técnica. It contains various checkboxes for service types like Auto-Gestão, Alimentação Escolar, Hospital, etc., and fields for meal counts, hours, and technical staff assignments.

Descrição das atividades a serem realizadas: _____

➤ *Atuo também na seguinte Pessoa Jurídica*

Razão Social: _____ **CNPJ:** _____
Endereço: _____
Município: _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Data de admissão: ____ / ____ / ____ **Data da função:** ____ / ____ / ____

Segmento	Dimensionamento da Unidade	Distribuição da Carga Horária	Atribuição Técnica
<input type="checkbox"/> Auto-Gestão <input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Privada <input type="checkbox"/> Restaurante Comercial <input type="checkbox"/> Concessionária	Nº de Refeições/dia Desjejum: _____ Almoço: _____ Lanche: _____ Jantar: _____ Ceia: _____ Nº de alunos: _____ Outras (descreva): _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Segunda: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Terça: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Quarta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Quinta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Sexta: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Sábado: _____ às _____ <input type="checkbox"/> Domingo: _____ às _____ Total da Carga Horária Semanal Pretendida: _____ h / semanais.	<input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> QT <input type="checkbox"/> RT unidades/ cliente, quais? _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)	Nº de leitos ocupados: _____ Nº total de refeições/dia: _____	<i>OBS.: Caso não tenha horários e dias fixos, preencha com os mais habituais.</i>	Existência de Quadro Técnico
<input type="checkbox"/> Alimentação Escolar Pública () Terceirizada () Gestão Pública <input type="checkbox"/> Buffet para festas <input type="checkbox"/> Cesta básica <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Outros (incluindo autônomo): _____ _____	Nº Unidades: _____ Nº de alunos da rede: _____ Nº de eventos/mês: _____ Nº de cestas/mês: _____ Nº de atendimentos/dia: _____ Tempo de consulta: _____ Especificar: _____ _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Nº de: Nutricionista(s): _____ Nº de Técnico(s) em Nutrição e Dietética: _____ _____

Descrição das atividades a serem realizadas:

OBS: Se necessário, acrescentar abaixo outras informações (distância entre as empresas, tempo de locomoção, etc.) para esclarecimentos ao Plenário do CRN.

Local e Data

Assinatura do Nutricionista

O documento deverá ser enviado via original ou digitalizada devidamente preenchido e assinado à Sede do CRN-8 ou à Delegacia CRN-8 de sua região (verifique o endereço no site: www.crn8.org.br)