



CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 8ª REGIÃO

DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO ESCOLAR REDE PRIVADA DE ENSINO

I - IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA

Razão Social : _____

Nome Fantasia: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____ Estado: _____

CEP: _____ Fone / Fax: _____ E-mail _____

II – IDENTIFICAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO:

Nome: _____ CRN-8 n° _____

Carga horária semanal: _____ horas.

Distribuição da carga horária semanal (dias da semana e horário de trabalho):

Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....	Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....
-------------------------	-----------------------	------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------

- Existem outros profissionais (Nutricionistas e/ou Técnicos em Nutrição e Dietética) que atuam na Pessoa Jurídica como componentes do Quadro Técnico? →

() Não

() Sim (descrever no VERSO)

Modalidade de Ensino	Nº de Alunos/Período	
	PERÍODO PARCIAL	PERÍODO INTEGRAL
Infantil (creche e pré-escola)		
Fundamental e médio		
Outros (especificar):		
TOTAL		

PRODUÇÃO DE REFEIÇÕES

- PRODUÇÃO NO LOCAL

- SERVIÇO TERCEIRIZADO Razão Social da empresa: _____

_____ DE _____ DE 20_____

DATA

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico

VERSO - DIMENSIONAMENTO – ALIMENTAÇÃO ESCOLAR - REDE PRIVADA DE ENSINO

QUADRO TÉCNICO

(NUTRICIONISTAS (N) E TÉCNICOS EM NUTRIÇÃO E DIETÉTICA (TND), EXCETO RESPONSÁVEL TÉCNICO)

NOME DO PROFISSIONAL	Nº CRN-		DATA DE ADMISSÃO	CARGA HORÁRIA SEMANAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA SEMANAL (Dias e Horário de trabalho)			
	N	TND			Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
					Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
					Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
					Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	
					Segundaàs.....	Terçaàs.....	Quartaàs.....	Quintaàs.....
					Sextaàs.....	Sábadoàs.....	Domingoàs.....	

DE _____ DE 20_____

DATA

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico