TERMO DE COMPROMISSO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PREFEITURA

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) no

(nome do nutricionista)

CRN-\_\_\_\_ sob no. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (endereço completo e atual)

 , telefone de contato ( ) e *e-mail*

declaro que, a partir desta data, assumo a responsabilidade e a direção das atividades ou serviços técnicos especializados nas áreas

de nutrição e alimentação, com PARTICIPAÇÃO REAL E EFETIVA, estejam eles em desenvolvimento ou que venham a se desenvolver na vigência desta declaração, sob qualquer regime contratual com a Pessoa Jurídica:

|  |  |
| --- | --- |
| RAZÃO SOCIAL |  |
| ENDEREÇO DA PREFEITURA |  |
| BAIRRO |  | MUNICÍPIO: |  | ESTADO: |  | CEP: |  |
| TELEFONE |  | E-MAIL |  | SITE |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CNPJ DA PREFEITURA |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  | - |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| SECRETARIA |  |
| ENDEREÇO DA SECRETARIA |  |
| BAIRRO |  | MUNICÍPIO: |  | ESTADO: |  | CEP: |  |
| TELEFONE |  | E-MAIL |  | SITE |  |

Declaro ainda que me comprometo a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de leis, decretos e resoluções, e não permitirei que quaisquer atividades de serviços técnicos de alimentação e nutrição, sob minha responsabilidade, sejam exercidas por Pessoas Físicas ou Pessoas Jurídicas que não possuam habilitação legal nos termos da legislação vigente. A presente declaração será válida até a data da minha comunicação, ou desta Pessoa Jurídica, expressando o término do compromisso, de acordo com a Resolução CFN vigente. Declaro também estar ciente da legislação que rege a minha profissão, incluindo o Código de Ética Profissional. Estas declarações são expressão da verdade e por elas respondo integralmente, na forma da lei.

, em de de

(local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do Nutricionista Responsável Técnico Pela Pessoa Jurídica. **Não aceitamos rubricas**

Declaramos estar ciente do presente Termo de Compromisso firmado pelo(a) Nutricionista Responsável Técnico citado(a) nesse documento, e que o(a) referido(a) profissional terá plena e integral autonomia em suas atividades e serviços técnicos a cargo desta Pessoa Jurídica, ficando-lhe asseguradas todas as facilidades para o exercício da sua profissão, assim como sua dignidade ético-profissional. Qualquer violação aos seus diretos trabalhistas obrigar-nos-á às responsabilidades legais.

**Solicitamos a efetivação do Cadastro da Prefeitura/Estado junto ao CRN-5.**

, em de de

(local) ( dia) (mês) (ano)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome legível e assinatura, sob carimbo, da Pessoa Credenciada pela Pessoa Jurídica (Prefeito, Governador, Secretário Municipal).**Não aceitamos rubricas**

Vínculo do Nutricionista com a empresa/instituição**:**  Estatutário, Celetista, Contratado,

* Concursado celetista, Outro( especificar)

Data de admissão na Prefeitura/Estado: Data de admissão na Unidade \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL NA PREFEITURA/ESTADO:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nutricionista Cadastrada no PAT | Não | Sim: Nº de Inscrição |
| Empresa Cadastrada no PAT | Não | Sim: Modalidade:  |

Modalidades PAT: Serviço Próprio; Administração de Cozinha; Alimentação-Convênio; Refeição-Convênio; Refeições transportadas; Cesta de Alimentos