



CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS
CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS - 3ª Região (SP e MS)

RESPONSABILIDADE TÉCNICA FRENTE À TERCEIRIZAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ESCOLAR MUNICIPAL

Prefeitura | _____ | UF | _____

CADASTRO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PERANTE PNAE E CRN-3

Dados do Nutricionista

Nome Completo | _____ | Nº CRN / Região | _____

Vínculo Empregatício
 Efetivo Contrato Prestação de Serviço Autônomo Contrato Temporário Outros, especifique: _____

Endereço completo | _____
 Bairro | _____ | Município | _____ | UF | _____ | CEP | _____
 Telefone | (0**____) | Fax | (0**____) | Celular | (0**____)
 E-mail | _____

Termo de Responsabilidade Técnica
 Eu, _____, CRN-3 _____, venho por meio deste, informar que sou Responsável Técnico(a) junto ao Programa Nacional de Alimentação Escolar e junto ao CRN-3, no âmbito do (Município/Estado) _____, desde, ___/___/___, desempenhando minhas atividades em conformidade com o Código de Ética vigente (Resolução CFN nº 334/2004), e me comprometo a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de Leis, Decretos e Resoluções.

▪ Carga Horária semanal: _____ horas / Distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____	____ às ____

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS (PREFEITURA):

INFORMO QUE:
 NÃO EXERÇO outras atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria.
 EXERÇO outras atividades técnico-profissionais em outros estabelecimentos ou por conta própria, conforme descrito no VERSO deste documento.

Local: _____, em _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Nutricionista

ATUAÇÃO PROFISSIONAL EM OUTRAS PESSOAS JURÍDICAS E/OU COMO AUTÔNOMO

1. Razão Social: CGC/CNPJ:
Endereço:.....
Bairro:..... Município:..... Estado:.....
Fone: Fax: E-mail:

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica.....

Data de Admissão...../...../.....

Vínculo de Trabalho : Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público.

Atuação como: Resp. Técnico da Pessoa Jurídica Resp. Técnico da Unidade Componente do Quadro Técnico

Carga Horária semanal:..... horas / Distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

Descrição das atividades desenvolvidas:
.....
.....

2. Razão Social: CGC/CNPJ:
Endereço:.....
Bairro:..... Município:..... Estado:.....
Fone: Fax: E-mail:

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica.....

Data de Admissão...../...../.....

Vínculo de Trabalho : Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público.

Atuação como: Resp. Técnico da Pessoa Jurídica Resp. Técnico da Unidade Componente do Quadro Técnico

Carga Horária semanal:..... horas / Distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

Descrição das atividades desenvolvidas:
.....
.....

3. Razão Social: CGC/CNPJ:
Endereço:.....
Bairro:..... Município:..... Estado:.....
Fone: Fax: E-mail:

Ramo de atividade da Pessoa Jurídica.....

Data de Admissão...../...../.....

Vínculo de Trabalho : Autônomo CLT Sócio/Proprietário Serviço Público.

Atuação como: Resp. Técnico da Pessoa Jurídica Resp. Técnico da Unidade Componente do Quadro Técnico

Carga Horária semanal:..... horas / Distribuição da carga horária (dias e horas) pela semana:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....	.....às.....

Descrição das atividades desenvolvidas:
.....
.....

Local: _____, em _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Nutricionista