|  | | MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO  SECRETARIA DE AQUICULTURA E PESCA  **FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA OBTENÇÃO DE CERTIFICADO DE VISTORIADOR DE EMBARCAÇÃO DE PESCA** | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A | **IDENTIFICAÇÃO, QUANDO PESSOA JURÍDICA:** | | | | | | | |
| RAZÃO SOCIAL: | | | | | | | CNPJ: | |
|  | | | | | | |  | |
| REPRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | CPF: | |
|  | | | | | | |  | |
| Nº REGISTRO PROFISSIONAL: | | | | FORMA DE CONSTITUIÇÃO: | | | | |
|  | | | | ( ) COOPERATIVA DE TRABALHO ( ) MICROEMPRESA ( ) DEMAIS EMPRESAS | | | | |
| CNAE: | | | NIRE: | | ÁREA DE ATUAÇÃO PRETENDIDA (UF): | | | |
|  | | |  | |  | | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | MUNICÍPIO/UF: |
|  | | | | | | | |  |
| TELEFONE 1 (DDD): | | | | TELEFONE 2 (DDD): | | E-MAIL: | | |
|  | | | |  | |  | | |

| B | **IDENTIFICAÇÃO, QUANDO PESSOA FÍSICA:** | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME: | | | | | | | CPF: | |
|  | | | | | | |  | |
| DOCUMENTO DE IDENTIDADE: | | | ÓRGÃO EMISSOR/UF: | DATA DE EMISSÃO: | | | Nº REGISTRO PROFISSIONAL: | |
|  | | |  |  | | |  | |
| QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL: | | | | | | ÁREA DE ATUAÇÃO PRETENDIDA (UF): | | |
|  | | | | | |  | | |
| ENDEREÇO: | | | | | | | | MUNICÍPIO/UF: |
|  | | | | | | | |  |
| TELEFONE 1 (DDD): | | TELEFONE 2 (DDD): | | | E-MAIL: | | | |
|  | |  | | |  | | | |

| C | **RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS TÉCNICOS, QUANDO PESSOA JURÍDICA:** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOME DO PROFISSIONAL | | QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL | Nº REGISTRO PROFISSIONAL | Nº DA ART CARGO-FUNÇÃO OU DOCUMENTO SIMILAR DA ENTIDADE PROFISSIONAL |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

| D | **REQUERIMENTO** |
| --- | --- |
| Assumo total responsabilidade pelas informações prestada neste formulário, bem como assumo o compromisso de cumprir com a legislação vigente. Estou ciente que a declaração falsa constitui crime previsto no art. 299 do Código Penal.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local Assinatura | |