



## RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Município/Estado \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

### CADASTRO DO NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL TÉCNICO PELO PNAE

#### Dados do nutricionista

Nome Completo:											
C P F:                     -											
Nº CRN										REGIÃO	
Vínculo empregatício <input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> Cargo de Confiança <input type="checkbox"/> Contrato de prestação de serviço com a E.E. <input type="checkbox"/> Outro especifique: _____											
Carga horária semanal: _____											
Endereço residencial (Rua, Avenida ou Praça e N.º):											
Bairro/Distrito:			Município:			UF:		CEP:             -			
DDD ( ) Telefone :			Celular:			E-mail:					

#### Termo de Responsabilidade Técnica

Eu, \_\_\_\_\_, venho por meio deste informar que sou responsável técnico(a) do Programa Nacional de Alimentação Escolar no âmbito do (Município/Estado) \_\_\_\_\_, a partir da data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, desempenhando minhas atividades em conformidade com o Código de Ética vigente (Resolução CFN nº 334/2004). Comprometo-me a cumprir e fazer cumprir o estabelecido na regulamentação do exercício profissional do Nutricionista, através de Leis, Decretos ou Resoluções e, bem como, assumo a responsabilidade pela veracidade das informações disponibilizadas neste formulário.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Nutricionista

### CADASTRO DO QUADRO TÉCNICO DE NUTRICIONISTAS DO PNAE

#### Dados dos outros nutricionistas que atuam no PNAE como quadro técnico:

Nome Completo:											
C P F:                     -											
Nº CRN										REGIÃO	
Vínculo empregatício <input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> Cargo de Confiança <input type="checkbox"/> Contrato de prestação de serviço com a E.E. <input type="checkbox"/> Outro especifique: _____											
Carga horária semanal: _____											
Endereço residencial (Rua, Avenida ou Praça e N.º):											
Bairro/Distrito:			Município:			UF:		CEP:             -			
DDD ( ) Telefone :			Celular:			E-mail:					
_____ Assinatura e Carimbo do Nutricionista											

De acordo.

Em,      de      de

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Prefeito ou Secretário de Educação  
(nome legível e cargo ou carimbo de identificação)

**OBS.:** No caso de haver mais nutricionistas na equipe, este formulário deverá ser reproduzido para o número necessário de cadastro destes profissionais no FNDE/PNAE;  
O preenchimento de todos os campos são OBRIGATORIOS devendo ser redigido de forma legível;  
Este formulário só será válido com a assinatura e carimbo do Nutricionista, seguida da assinatura do Prefeito ou Secretário de Educação;  
O envio do formulário é obrigatório para que possa ser anexado ao processo do Município/Estado, divulgado no site do FNDE.