



**ESTADO DO ACRE
INSTITUTO DE DEFESA AGROPECUÁRIA E FLORESTAL
DIVISÃO DE DEFESA SANITÁRIA VEGETAL
COORDENAÇÃO DE FISCALIZAÇÃO DE AGROTÓXICOS E AFINS**

TERMO DE RESPONSABILIDADE – RESP. TÉCNICO

EU, _____

PROFISSÃO _____ CREA _____

VISTO _____ RG _____ SSP/ _____

CPF _____ RESIDENTE _____

MUNICÍPIO _____

DECLARO QUE SOU RESPONSÁVEL TÉCNICO, BEM COMO EXERÇO PLENAMENTE A
FUNÇÃO A QUAL FUI CONTRATADO PELA
EMPRESA _____

_____ SITUADA À _____

_____ MUNICÍPIO _____

POR SER VERDADE, ASSINO O PRESENTE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO