

QUADRO TÉCNICO COMPLEMENTAR POR UNIDADE

Nome (CRN)	Profissional	Carga Horária Semanal			
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:
- CRN nº	<input type="checkbox"/> Nutricionista	Segunda : às :	Terça : às :	Quarta : às :	Quinta : às :
	<input type="checkbox"/> Técnico	Sexta : às :	Sábado : às :	Domingo : às :	Total da Carga horária:

Afirmo ser verdade que a empresa em epígrafe desempenha atividades ligadas a alimentação APENAS E SOMENTE nas unidades relatadas neste formulário.

Local e Data

Assinatura a do Responsável pela Empresa