**REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE PRESTADOR DE SERVIÇO NA APLICAÇÃO DE AGROTÓXICOS, SEUS COMPONENTES E AFINS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Registro Inicial  Renovação  2ª Via  Cancelamento |  | Inclusão de:  Responsável técnico  Local de armazenamento |  | Alteração de:  Razão social  Endereço  Representante legal  Responsável técnico  Local de armazenamento |

**REQUERIMENTO** junto à Gerência de Defesa Sanitária e Inspeção Vegetal (GEDSIV) do Instituto de Defesa Agropecuária e Florestal do Espírito Santo (Idaf), com base nos termos do Decreto Estadual no 4.442-R, de 29 de maio de 2019, do registro de **PRESTADOR DE SERVIÇO NA APLICAÇÃO DE AGROTÓXICOS, SEUS COMPONENTES E AFINS**, apresentando para tanto as seguintes informações e documentação:

**SÍNTESE DAS INFORMAÇÕES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social (pessoa jurídica) / Nome (pessoa física)**: | | | | |
| **CNPJ/CPF**: | **Inscrição estadual / RG**: | | | |
| **Endereço:** | | | | |
| **Município**: | | **UF**: | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: | |
| **Responsável técnico**: | | | | |
| **Representante legal**: | | | | |
| **E-mail**: | | | | |

**IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE ARMAZENAMENTO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Endereço**: | | | | | |
| **Município**: | | **Bairro**: | | | |
| **Área**:  Urbana  Rural | | | | |
| **Município**: | **UF**: | | | **CEP**: | |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: | | |

**IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**: | | | | |
| **CPF**: | **RG**: | | | |
| **Endereço**: | | | | |
| **Município**: | | **UF**: | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: | |
| **E-mail**: | | | | |

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**: | | | | |
| **CPF**: | **RG**: | | | |
| **Endereço**: | | | | |
| **Município**: | | **UF**: | | **CEP**: |
| **Complemento**: | | | **Telefone**: | |
| **E-mail**: | | | | |

     ,       de       de 20      .

(Local) / (dia) de (mês) de 20 (ano).

|  |
| --- |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do responsável técnico  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) representante legal |