**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 |