

**REQUERIMENTO DE VINCULAÇÃO DE PROFISSIONAL DO CRVA COMO EMAV
INDICAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO E VISTORIADOR**

CRVA n.º:

CPF do Titular do CRVA:

Razão Social:

Assinale as vinculações que deseja requerer:

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Responsável Técnico (Engenheiro ou Coordenador de CRVA) | <input type="checkbox"/> Vistoriador |
| 1. Nome:RG..... | |
| CPF: | Endereço:nº..... |
| Bairro..... | Município:..... CEP:..... |
| Telefone: E-mail pessoal:..... | |
| Assinatura do profissional (enviar/anexar documento oficial) | |
| <input type="checkbox"/> Responsável Técnico (Engenheiro ou Coordenador de CRVA) | <input type="checkbox"/> Vistoriador |
| 2. Nome:RG..... | |
| CPF: | Endereço:nº..... |
| Bairro..... | Município:..... CEP:..... |
| Telefone: E-mail pessoal:..... | |
| Assinatura do profissional (enviar/anexar documento oficial) | |
| <input type="checkbox"/> Responsável Técnico (Engenheiro ou Coordenador de CRVA) | <input type="checkbox"/> Vistoriador |
| 3. Nome:RG..... | |
| CPF: | Endereço:nº..... |
| Bairro..... | Município:..... CEP:..... |
| Telefone: E-mail pessoal:..... | |
| Assinatura do profissional (enviar/anexar documento oficial) | |

Declaro(amos) que estou(amos) de acordo com as condições estabelecidas pelo DETRAN/RS para vinculação de Vistoriador e/ou Responsável Técnico de EMAV junto a esta Autarquia, bem como compromisso de veracidade das informações prestadas e da autenticidade dos documentos fornecidos, inclusive de guarda, por cinco anos, dos documentos comprobatórios originais, sob pena de responsabilização administrativa, civil e criminal.

Data:/...../.....

Assinatura do Titular do CRVA (**enviar/anexar documento oficial**) Vide: Manual de tipos de assinaturas: