

REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE PGRSS

Eu, _____ farmacêutico(a),
inscrito(a) neste CRF-MG, sob nº _____, declaro que sou o(a) Responsável
Técnico pela:

- a) () elaboração;
- b) () implantação;
- c) () consultoria;
- d) () execução;
- e) () treinamento.

do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS**, do
estabelecimento: _____,
situado à Rua (Av.) _____ nº. _____,
Bairro: _____, Cidade _____,
Email: _____

Deste modo, solicito certidão sobre esta atividade, atendendo
assim, as determinações legais vigentes.

_____, _____ de _____ de _____.

Farmacêutico(a)