**ATO DE DESIGNAÇÃO**

A instituição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legalmente representada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ portador do CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no exercício de sua competência, vem por meio deste ato formal, designar o(a) enfermeiro(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrição Coren-MT nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nos termos das normas e regulamentos aplicáveis aos serviços de enfermagem durante o período de 12 meses da emissão da certidão, para exercer as atividades e atribuições inerentes ao cargo de Responsável Técnico de Enfermagem pela:

( ) Gestão Assistencial;

( ) Gestão de Ensino;

( ) Gestão Técnica **– ESPECIFICAR A ÁREA PARA ESSA OPÇÃO:** ( ) Programas de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS; ( ) Programas de Limpeza e Higienização; ( ) Auditoria; ( ) Equipamentos; ( ) Consultoria; ( ) Materiais e Insumos Médicos - Hospitalares.

.

**(MUNICÍPIO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_\_.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do Representante Legal