|  |
| --- |
| Não preencher os campos sombreados Caso falte espaço para inserir os dados, destacar informações anexas Rev. A – 11/07/14 |
| Logotipo da empresa(*OPCIONAL*) | **FOP-CT 110****SOLICITAÇÃO DE ENCERRAMENTO DE PROCESSO de certificação de ctac** |
| À (SPO - Setor pertinente): | Número: |
|  |  |
| Data: |
|  |
| **DADOS DA ORGANIZAÇÃO REQUERENTE** |
| Nome da organização: | CNPJ: |
|  |  |
| Gestor responsável: | Endereço do CTAC principal: |
|  |  |
| Telefone: | Fax: | Celular: | *E-mail*: |
|  |  |  |  |
| **IDENTIFICAÇÃO DO PROCESSO** |
| **NUMERO DE PROTOCOLO DO PROCESSO:** |  |
| [ ] **CERTIFICAÇÃO INICIAL** | [ ] **ALTERAÇÃO DE CTAC E ESPECIFICAÇÕES DE TREINAMENTO** |
| **OUTROS (especificar):** |  |
| Motivo da solicitação: |
|  |
| **REQUERIMENTO** |
| **Solicito o encerramento do processo acima identificado.****Atesto estar ciente de que o reinício do processo não será possível, devendo, caso haja interesse em sua retomada, solicitar a abertura de novo processo.** |
| **RESPONSÁVEL DA ORGANIZAÇÃO REQUERENTE** |
| Nome / cargo do solicitante: | Assinatura: |
|  |  |