

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Nome participante:** | **\*Data nascimento:** |
| **\*Atividade profissional:**  | **Cargo/categoria:** |
| **\*Tipo de estabelecimento:** | **\*Zona geográfica:** |
| **Estado de implementação do sistema de segurança alimentar**Sem implementação ⬜ Em implementação ⬜ Em verificação ⬜ Outro: |
| **Contacto: Telm:** | **e-mail:** |
| **Motivo de interesse na participação:** |
| **Deseja uma proposta no seu estabelecimento? Deixe o seu contacto:** |
| **Deseja certificado de participação:** sim/não(riscar o que não interessa) | **Sim:-Indicar e-mail de envio:** |
|  |  |  |  |  |  |

