**TERMO DE AUTODECLARAÇÃO E DE RESPONSABILIDADE PARA A EMISSÃO DE ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO ESPECIAL SEM ESTABELECIMENTO, PARA AS EMPRESAS ENQUADRADAS LEI MUNICIPAL 199/2020 Art. 24**

Razão Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

E-mail do Responsável: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, Responsável Legal pelo Empreendimento identificado acima, com o propósito de requerer junto à Prefeitura Municipal de Biguaçu o Alvará de Funcionamento Sem Estabelecimento para as empresas amparadas pelo Lei Complementar 199/2020 de 21 de setembro de 2020, DECLARO que:

1. A atividade exercida seja permitida no local em face do zoneamento, atenda os parâmetros de uso e ocupação do solo.
2. Que cumprirei no prazo legal a legislação municipal, estadual e federal vigentes, naquele momento acerca das condições de higiene, segurança de uso, proteção do meio ambiente, zoneamento, habitabilidade e acessibilidade do estabelecimento. que o imóvel não apresenta riscos à saúde e à segurança de seus usuários.
3. Não terá atendimento ao público em estabelecimento próprio; não manterá funcionários no endereço informado; não mantém ou manterá indicativo de publicidade da atividade econômica no endereço informado; o imóvel declinado como domicílio fiscal é de uso exclusivamente residencial.
4. Estou ciente das sanções previstas na legislação em vigor, quando constatada a autodeclaração com informações não condizentes com a realidade verificada pelas autoridades competentes pelas atividades de fiscalização.

Biguaçu, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Nome Responsável:**

**CPF:**

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

**Assinatura**

**Obs: O responsável deverá, obrigatoriamente, juntar cópia do RG / CNH a este documento.**