Minuta para o **Termo de Responsabilidade do(a) Responsável Técnico(a)**

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome completo conforme documento de identificação),*** residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ***(morada completa e código postal),*** portador do Cartão de Cidadão n.º \_\_\_\_\_\_\_, válido até\_\_\_\_\_\_\_, contribuinte n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o contacto telefónico n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e endereço eletrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ licenciado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(se aplicável*), portador(a) da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida pela Ordem \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se aplicável), declara, para todos os efeitos legais, que assume a responsabilidade pelo exercício da atividade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**(descrição do âmbito das atividades exercidas – fabrico, montagem , acondicionamento, execução, renovação, remodelação, alteração do tipo, rotulagem ou esterilização)** de dispositivos médicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_***(caracterizar os Dispositivos Médicos - Diretiva/ Tipologia/ Classificação/ Componentes Críticos - caracterização dos dispositivos médicos de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 2.º do Regulamento anexo à Deliberação n.º 516/2010, de 03 de março de 2010)***, exercida pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***(Nome completo da pessoa singular ou Denominação da sociedade requerente conforme consta da certidão da Conservatória do Registo Comercial****) com estabelecimento fabril ou dos locais de controlo* ***(quando aplicável)*** sito em­­­­ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (endereço completo e código postal)**\_\_\_\_\_\_\_\_, freguesia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, concelho de\_\_\_\_\_\_\_\_, Região Autónoma dos Açores, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor.

(Data): \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_

(Assinatura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura conforme o documento de identificação)**