**Ilustríssimo(a) Secretário(a) Estadual do Meio Ambiente e Recursos Hídricos,**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *[Nome/Razão Social]*, inscrito sob o CPF/CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, vem requerer junto à SECRETARIA ESTADUAL DO MEIO AMBIENTE E RECURSOS HÍDRICOS DO PIAUÍ – SEMAR, o especificado nos quadros abaixo e o que consta dos anexos apresentados.

**\*SOLICITAÇÃO**: *(marcar com um X)*

|  |  |
| --- | --- |
| X | AUTORIZAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TURISMO |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*NOME DA UNIDADE DE CONSERVAÇÃO:** |  |

1. Declare abaixo as habilidades/atividades que você se considera apto a oferecer aos visitantes (informações serão confirmadas pela SEMAR):

( ) passeio naútico;

( ) banho recreativo e flutuação;

( ) visitação à Cachoeira da Lembrada;

( ) passeio de caiaques/canoagem

1.1 Dados do responsável pela condução de visitantes:

Nome:

Apelido:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino CPF/CNPJ

RG:

Cidade/Estado onde nasceu:

Nacionalidade:

Endereço:

Cidade:

Telefone:

Celular:

E-mail:

1.2 Há quantos anos mora no município atual?

2. Escolaridade

( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau incompleto ( ) Superior incompleto ( ) 1º grau completo

( ) 2º grau completo ( ) Superior completo

2.1 Especialização:

( ) Não ( ) Sim Qual?

2.2 Possui algum curso que considera relevante para realizar a operação de condução de visitantes?

( ) Inglês ( ) Espanhol ( ) Direção defensiva ( ) Primeiros socorros ( ) Outros:

Qual(is)?

3. Serviço de condutor de visitantes

Tempo de experiência condução de visitantes em Unidades de Conservação:

3.1 Vínculo empregatício:

( ) autônomo ( ) contratado por empresa turística ( ) prestador de serviço para:

3.2 Faz parte alguma associação?

( ) Não ( ) sim

Qual?

3.3 Desenvolve outras atividades ligadas ao Turismo?

( ) Não ( ) Sim

Quais?

3.4 Quais os roteiros oferecidos e visitados com maior frequência dentro da UC?

3.5 Possui curso de Primeiros socorros

( ) sim ( ) não

3.6 Possui Cursos Complementares

1) Nome do curso:

Carga horária:

Ano de realização:

Possui certificado?

( ) Não ( ) Sim Empresa/Instituição Organizadora:

2) Nome do curso:

Carga horária:

Realização:

Possui certificado?

( ) Não ( ) Sim Empresa/Instituição Organizadora:

3) Nome do curso:

Carga horária:

Ano de realização:

Possui certificado?

( ) Não ( ) Sim Empresa/Instituição Organizadora:

3.7 Quais outros cursos você gostaria de fazer para melhorar seu trabalho como condutor?

Fica garantida a privacidade das informações prestadas pelo condutor, que não serão utilizadas ou divulgadas individualmente ou de forma que permita a identificação individual.

Declara conhecer a legislação ambiental e demais normas pertinentes à solicitação requerida e que as informações prestadas são a expressão da verdade, sujeitando-se às penas da Lei.

NESTES TERMOS, PEDE DEFERIMENTO*.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(Município) (dia) (mês) (ano)***

*Nome e Assinatura Legível do(a) Prestador(a) de Serviço*