



TERMO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

NOME: _____ CPF. _____

ENDEREÇO DO EVENTO: _____

Declaro ter ciência de que é de minha inteira responsabilidade todas as informações contidas neste processo.

Declaro ter ciência de que haverá cobranças de taxas e de que sou o único responsável por todo o evento inclusive segurança e limpeza.

Declaro que será de minha inteira responsabilidade o cumprimento de todas as exigências municipais para a realização do evento ora solicitado.

Declaro por fim ter ciência de que, como pessoa física, não possuo imunidade/isenção sobre os tributos (ISSQN, TAXAS, etc.) a serem cobrados.

Lagoa Santa, _____ de _____ de _____

CPF:

Endereço de Correspondência: _____

Telefone: _____ email: _____