**TERMO DE RECEBIMENTO**

Eu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, representante do município \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro que recebi Kits Emergenciais de Assistência Humanitária, para atendimento da população afetada por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (tipo de desastre), ocorrido em \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.

Informo que os Kits Emergenciais de Assistência Humanitária foram recebidos de acordo com as quantidades informadas abaixo:

|  |  |
| --- | --- |
| **KIT** | **QUANTIDADE** |
| **Limpeza** |  |
| **Higiene Pessoal** |  |
| **Dormitório**  |  |
| **Alimentos** |  |
| **Água Mineral** |  |

 Declaro ainda que estou ciente de que a prestação de contas dos itens e quantidades acima deverá ser enviada à Defesa Civil no prazo de 15 dias após o recebimento.

\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(assinatura do responsável)

Contatos do Responsável – Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_