Eu,      , portador do CPF n°       e RG n°      , representante legal, sócio ou proprietário/responsável pela empresa/estabelecimento (razão social)       CNPJ n°      , situado no endereço      , nº      , bairro      , na cidade de Araras-SP, inscrição estadual n°      , CEP n°      ; telefone fixo      , celular      , e-mail      ; devidamente registrado no Serviço de Inspeção Municipal sob o n°      , venho, por meio deste, comunicar que a empresa supracitada paralisará, temporariamente, suas atividades, pelo prazo de       dias, com início em      /     /      com a seguinte justificativa:      .

Declaro que estou ciente das determinações do Decreto Municipal nº 7.232/2023 e seu artigo abaixo:

“Art. 29. Qualquer estabelecimento que interrompa seu funcionamento por período superior a seis meses somente poderá reiniciar os trabalhos após inspeção prévia de suas dependências, suas instalações e seus equipamentos, observada a sazonalidade das atividades industriais.

Parágrafo único. O registro do estabelecimento que interromper, voluntariamente, seu funcionamento pelo período de um ano, será cancelado.”

Portanto, compreendo que para evitar o cancelamento do Registro no SIM sob nº     , será necessário retornar o funcionamento antes que a interrupção complete um ano.

**ASSINATURAS E IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEL:**

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do RESPONSÁVEL LEGAL pelo estabelecimento  Nome do representante legal do estabelecimento:  CPF:      .  Local:      .Data:      . | |