**DECLARAÇÃO III**

*PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO*

(OBS: Preencher uma declaração para **cada** distrito/localidade, individualmente)

Eu, (*título, nome, CPF, Conselho, Registro*), declaro para todos os fins, na condição de (*diretor/responsável*) do(a) (*nome do operador do sistema de esgotamento sanitário assinalado na* ***Declaração I***), para o distrito/localidade (nome do distrito/localidade) do município de *(nome do município),* que **não** há projeto e/ou recursos de outras fontes destinados ao esgotamento sanitário do referido distrito/localidade inscrito no Procedimento de Manifestação de Interesse nº 04/2021 do CBHSF.

*(Município), (dia)* de *(mês)* de *(ano).*

*(Assinatura)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(nome diretor/responsável legal do prestador de serviços de esgotamento sanitário)*