|  |
| --- |
| **PREENCHIMENTO PELA ÁREA ADMINISTRATIVA** |

|  |
| --- |
| **8 – DECISÃO DA AUTORIDADE COMPETENTE** |

<Texto da decisão motivada sobre o prosseguimento da contratação>.

|  |  |
| --- | --- |
| **9 – IDENTIFICAÇÃO E CIÊNCIA DO INTEGRANTE ADMINISTRATIVO** | |
| **Nome:** | **Matrícula/SIAPE:** |
| **Cargo:** | **Lotação:** |
| **E-mail:** | **Telefone:** |
| Por este instrumento declaro ter ciência das competências do INTEGRANTE ADMINISTRATIVO definidas na IN SGD/ME nº 1/2019, bem como da minha indicação para exercer esse papel na Equipe de Planejamento da Contratação.  Local, xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  <Nome do Integrante Administrativo> | |

Fica instituída a Equipe de Planejamento da Contratação, conforme dispõe o inciso IV do art. 2º e o inciso III do § 2º do art. 10, da IN SGD/ME nº 01/2019.

Conforme o art. 29, § 8º da IN SGD/ME nº 01/2019, a Equipe de Planejamento da Contratação será automaticamente destituída quando da assinatura do contrato.

Local, xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

<Nome da Autoridade Competente da Área Administrativa>