

PARA PREENCHIMENTO DOS MEMBROS DE CHAPA DA DIRETORIA COLEGIADA

NOME:

.....

CARGO: **MATRÍCULA:**

LOTAÇÃO: **TELEFONE:**

CPF: **RG:**

EMAIL:

**NOS TERMOS,
PEDE DEFERIMENTO**

DATA

ASSINATURA

OBSERVAÇÃO: Anexar cópia do RG, CPF e certidão de adimplência expedida pelo Sintaf.