



ANEXO IV



SEDESO
SECRETARIA
DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL

REQUERIMENTO

Venho através desse requerer a possibilidade de realizar o curso de formação em turma posterior, devido a apresentação de sintomas ligadas ao COVID-19, ou por compor o grupo de risco.

INFORMAÇÕES			
NOME:		SEXO:	
Nº DE INSCRIÇÃO:	RG:	CPF:	
CONTATO			
E-MAIL:		TELEFONE:	
ENDEREÇO			
RUA:	BAIRRO:	Nº:	
CEP:	CIDADE:	ESTADO:	

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, TER CONHECIMENTO QUE ESTE DOCUMENTO DEVE SER ACOMPANHADO POR CÓPIA DE ATESTADO MÉDICO E ENVIADO ATÉ AS 08:00 H DO DIA 23/10/2020 PARA O E-MAIL selecaosedeso@pmfs.ba.gov.br.

ASSINATURA

