|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR TÉCNICO DO DEPARTAMENTO GERAL DE ADMINISTRAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| Eu,  (NOME DO REQUERENTE) | | | | | | | | | | | |
| RG | CPF | | | | PIS/PASEP | | | | | DATA DE NASCIMENTO | |
| ENDEREÇO | | | | | | | Nº | | | | COMPL. |
| BAIRRO | | | CIDADE | | | | | | UF | | CEP |
| TEL RES | | TEL CEL | | | | E-MAIL | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_ **1ª SOLICITAÇÃO** \_\_\_\_\_\_ **2ª SOLICITAÇÃO** | | | | | | | | | | | |
| Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ÓRGÃO DESTINATÁRIO)  Compreendendo o período de:   / / a / / | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_ REVISÃO | | | | \_\_\_\_\_\_ SUBSTITUIÇÃO | | | | \_\_\_\_\_\_ CANCELAMENTO | | | |
| MOTIVO | | | | | | | | | | | |
| **SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL** | | | | | | | | | | | |
| É servidor público estadual atualmente?  Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ | | | | | Lotado em qual órgão? | | | | | | |
| Desde qual data? / / | | | | | Contribui para o INSS?  Sim \_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| É aposentado atualmente?  Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_ | | | | | Qual o órgão previdenciário? | | | | | | |
| Data da concessão / / | | | | |  | | | | | | |
| **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** | | | | | | | | | | | |
| Já acumulou cargos públicos? Sim \_\_\_\_\_ Não\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| Declaro para os devidos fins e sob as penas da lei, que o tempo de serviço prestado ao Estado de São Paulo (conforme mencionado acima), até a presente data, não foi computado ou averbado para qualquer efeito junto a qualquer órgão previdenciário. | | | | | | | | | | | |

LOCAL E DATA ASSINATURA DO REQUERENTE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_