

ILUSTRÍSSIMO SENHOR DIRETOR DO CENTRO DE APLICAÇÃO DE AVALIAÇÃO

Eu, _____

RG _____ - ____ / _____, CPF _____,

Nascido (a) ____ / ____ / _____, na Cidade de _____,

Estado de _____, residente à _____

Nº _____, Apto _____, Bairro _____, Município _____

Estado _____, Telefone _____

juntando a documentação exigida, requero a Expedição do Atestado de Eliminação de
Matéria do Ensino _____, através da Diretoria de Ensino da Região de
Capivari.

Neste termos,

Peço Deferimento,

Capivari, _____ de _____ de 20 _____.

Assinatura do(a) candidato(a)

Obs.: preencher todos os campos solicitados.