|  |  |
| --- | --- |
|  | **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO****SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO** **DIRETORIA DE ENSINO - REGIÃO NORTE 1**  Rua Faustolo – nº 281 – Água Branca  CEP: 05041-000 – São Paulo – SP  Telefone: 3868-9758 – E-mail: dent1crh@educacao.sp.gov.br |

São Paulo,       de       de      .

**Ofício nº**      /      .

**Assunto:** Alteração de Nome

Prezado(a) Senhor(a) Dirigente,

Venho por meio deste solicitar alteração **nome** do funcionário      , RG.      , em virtude de casamento, divórcio ou erro (informar qual o motivo da alteração), sendo que onde consta *(informar o que consta no sistema)*, deverá constar *(informar o nome correto)*.

Informamos que segue os documentos comprobatórios da solicitação acima apresentada.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

­­

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

Assinatura e carimbo do

Gerente de Org. Escolar

Ciência do Diretor de Escola

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_.

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

Assinatura e carimbo do

Diretor de Escola

Ilma Sr(a)

Lucia Regina Mendes Espagolla

Dirigente Regional de Ensino

Região Norte 1