

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO**

DIRETORIA DE ENSINO – REGIÃO DE CAMPINAS LESTE

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**Mudança de Sede Readaptado Res. Se 18/2017**

Nome Completo:			
CPF:		R.G.:	
DATA DE NASCIMENTO			
Endereço para correspondência:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefones: res ()	cel: ()	com: ()	
E-mail:			
Requer Mudança de Sede de Exercício de Readaptado			
Exercício EE		Município :	
Unidade () EE.			
de Opção: ou			
() Diretoria de Ensino Região Campinas Leste			
Diretoria de Ensino – Região de Campinas Leste			
TEMPO CARGO		TEMPO SE	

Data e assinatura :