**REQUERIMENTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SENHORA DIRIGENTE REGIONAL** | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | |
| Requeiro a emissão de certidão de tempo de contribuição, para fins de aposentadoria junto ao:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ORGÃO 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? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | Contribuiu para o INSS?  Sim Não |
| É aposentado atualmente?  Sim Não | Qual o órgão previdenciário? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Data de 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

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