

ILMO. SR. DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO
DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO SÃO JOÃO DA BOA VISTA

CLASSE DE SUPORTE PEDAGÓGICO EM QUE SE INSCREVE DIRETOR DE ESCOLA SUPERVISOR DE ENSINO

NOME:	<input type="text"/>	RG:	<input type="text"/>	UF:	<input type="text"/>		
CARGO ORIGEM	<input type="text"/>	DI	<input type="text"/>	SEDE	<input type="text"/>	DER	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>			TELEFONE	<input type="text"/>		
ENDEREÇO COMPLETO	<input type="text"/>						

REQUER sua inscrição para substituição durante os impedimentos legais e temporários das classes de Suporte Pedagógico do Quadro do Magistério da Secretaria de Estado da Educação, nos termos das Disposições Transitórias da Resolução SE-18/2020.

São João da Boa Vista, de fevereiro de 2020.

ASSINATURA DO CANDIDATO

DESPACHO - DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO SÃO JOÃO BOA VISTA

☐ INSCRIÇÃO DEFERIDA São João da Boa Vista, de fevereiro de 2020

☐ INSCRIÇÃO INDEFERIDA

Motivo:

carimbo e assinatura