**REQUERIMENTO**

|  |
| --- |
| **SENHORA DIRIGENTE REGIONAL** |
| **Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****(NOME DO REQUERENTE)** |
| RG  | CPF | PIS/PASEP | ESTADO CIVIL | 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

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