

REQUERIMENTO: Orientações de preenchimento.

De acordo com Art. 2º, § 1º da MPS nº 154/2008, “O ente federativo expedirá a CTC mediante requerimento formal do interessado, no qual esclarecerá o fim e a razão do pedido”.

REQUERIMENTO - CTC			
ILUSTRÍSSIMO SENHOR (a) DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO			
Eu, _____ (NOME DO REQUERENTE)			
RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO /IDADE ()
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO (BLOCO/APTO)
BAIRRO	CIDADE		UF CEP
TEL. RESIDENCIAL	TEL. CELULAR	TEL. COMERCIAL	
E-MAIL			
<input type="checkbox"/> 1ª SOLICITAÇÃO			
** Requeiro a emissão de CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO, para fins de Aposentadoria junto ao _____ (ÓRGÃO DESTINATÁRIO)			
Compreendendo o período de: ____/____/____ até ____/____/____			
** Na EE (somente a última) _____			
Cargo/função: _____			
<input type="checkbox"/> REVISÃO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO	
MOTIVO			
SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL			
É servidor Público estadual atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Lotado em qual órgão? _____	
Desde qual data? ____/____/____		Contribui para o INSS? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
É aposentado atualmente? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Qual órgão Previdenciário? _____	
Data da concessão: ____/____/____			
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			
Já acumulou cargo público? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
Declaro para os devidos fins e sob 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	
_____/_____/____.		_____	

- O PREENCHIMENTO DOS DADOS PESSOAIS DEVERÃO SER LEGÍVEIS (PRINCIPALMENTE O E-MAIL) E IDÊNTICOS AOS DOCUMENTOS ENTREGUES.

- Assinalar com **x** caso se trate da primeira vez em que está solicitando a CTC.

- **ÓRGÃO DESTINATÁRIO:** Neste campo, o interessado deverá preencher o local desejado para averbação de tempo (INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS, PREFEITURA MUNICIPAL DE....., OUTROS Órgãos MUNICIPAIS, ESTADUAIS E FEDERAIS) não pode ficar em branco.

- Caso o interessado não saiba o período trabalhado, deve deixar o campo sem preenchimento para que seja Preenchido pela Diretoria de Ensino.

- Não preencher este campo caso se trate da 1ª solicitação.

- **Situação Funcional:** caso não seja servidor público estadual assinale com X no campo correto, não sendo necessário preencher os campos “lotados em qual órgão” e “desde qual dta”, seguir o mesmo entendimento para os demais campos.

- Datar e assinar o requerimento.

Dúvidas acerca do preenchimento o interessado deverá entrar em contato com a Diretoria de Ensino via “Fale Conosco” acessando <https://decentro.educacao.sp.gov.br/> ir na aba “contatos” e preencher o formulário do “fale conosco”.

REQUERIMENTO - CTC

ILUSTRÍSSIMO SENHOR (a) DIRIGENTE REGIONAL DE ENSINO

Eu, _____
(NOME DO REQUERENTE)

RG	CPF	PIS/PASEP	DATA DE NASCIMENTO /IDADE ()
----	-----	-----------	-------------------------------------

ENDEREÇO	Nº	COMPLEMENTO (BLOCO/APTO)
----------	----	--------------------------

BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
--------	--------	----	-----

TEL. RESIDENCIAL	TEL. CELULAR	TEL. COMERCIAL
------------------	--------------	----------------

E-MAIL _____

1ª SOLICITAÇÃO

****Requeiro a emissão de CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO, para fins de Aposentadoria junto ao:**

(ORGÃO DESTINATARIO)

Compreendendo o período de:
____/____/____ até ____/____/____

****Na EE (somente a última)** _____

Cargo/função: _____

<input type="checkbox"/> REVISÃO	<input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO
----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

MOTIVO _____

SITUAÇÃO FUNCIONAL ATUAL

É servidor Público estadual atualmente?

Sim Não

Lotado em qual órgão? _____

Desde qual data? ____/____/____

Contribui para o INSS?

Sim Não

É aposentado atualmente?

Sim Não

Qual órgão Previdenciário? _____

Data da concessão: ____/____/____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Já acumulou cargo público?

Sim Não

Declaro para os devidos fins e sob 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

_____, ____/____/____.
