**ILMO SR DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE AVALIAÇÃO EDUCACIONAL - DAVED DA COORDENADORIA PEDAGÓGICA - COPED**

Eu.........................................................................................................................................

RG......................................................................... Nascido (A) ./........../............./...........

na cidade de .................................................................estado de.....................................

residente na rua.................................................................................................................

nº ................................., Apto................Bairro..................................................................

Tel..................................................e-mail............................................................................

Município........................................................................Estado.........................................

Juntando documentação exigida, requeiro a expedição do **CERTIFICADO DE CONCLUSÃO** do Ensino ........................, Encceja por meio da Diretoria de Ensino Região Leste-3.

 São Paulo,.........................................................................................

 -----------------------------------------

 Assinatura do Candidato