



Secretaria de Estado da Educação  
**DIRETORIA DE ENSINO REGIÃO CENTRO-OESTE**  
Av. Rio Branco, 1260 – Campos Elíseos – São Paulo – SP CEP 01206-001  
Telefones: 3866-3811 / 3866-3810  
Site: <http://decentrooeste.educacao.sp.gov.br>  
e-mail: [dectonve@educacao.sp.gov.br](mailto:dectonve@educacao.sp.gov.br)

**ILMA SENHORA DIRIGENTE REGIONAL DA DIRETORIA DE ENSINO CENTRO-OESTE**

Eu, **(preencher com nome de estudante na época)** \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Tel. contato \_\_\_\_\_

Natural/Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Pai \_\_\_\_\_

Mãe \_\_\_\_\_

Residente à Rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Vem requerer a Vossa Senhoria:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> HISTÓRICO ESCOLAR             | <input type="checkbox"/> DIPLOMA             | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO CONCLUINTE   |
| <input type="checkbox"/> VISTO CONFERE DA ESCOLA       | <input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO DOCÊNCIA | <input type="checkbox"/> 2ª VIA EQUIV. ESTUDOS |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO ENCCEJA ANO _____ | <input type="checkbox"/> ATESTADO ELIMINAÇÃO |  |

NOME DA ESCOLA: \_\_\_\_\_

CURSO: ( ) FUNDAMENTAL ( ) MÉDIO ( ) TÉCNICO \_\_\_\_\_ ANO DE CONCLUSÃO: \_\_\_\_\_

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**OBS: ANEXAR XEROX DO RG**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Interessado

**APRESENTAR ESTE PROTOCOLO PARA RETIRADA**

**PRAZO PARA ATENDIMENTO:  
\*MÍNIMO DE 30 (TRINTA) DIAS**

**DOCUMENTO NÃO RETIRADO NO PRAZO DE 1 (UM) ANO, DEVERÁ SER FEITA NOVA SOLICITAÇÃO**