|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SENHORA DIRIGENTE REGIONAL – DIRETORIA LESTE 4** | | | | | | | | | | | |
| Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (NOME DO REQUERENTE) | | | | | | | | | | | |
| RG | CPF | | | | PIS/PASEP | | | | | 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:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ÓRGÃO 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? \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | Contribui para o INSS?  Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_) |
| É aposentado atualmente?  Sim (\_\_\_) Não (\_\_\_) | Qual o órgão previdenciário? |
| Data da 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_