



CIDADE DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL _____
SUBPREFEITURA _____
DIRETORIA REGIONAL DE ENSINO _____

DECLARAÇÃO PARA REVISÃO DE CERTIDÃO DE TEMPO DE CONTRIBUIÇÃO.

ÓRGÃO EXPEDIDOR:	CNPJ:
------------------	-------

DADOS PESSOAIS

NOME:		
RG:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	DATA DE EXPEDIÇÃO:
CPF:	TÍTULO DE ELEITOR:	PIS/PASEP:
DATA DE NASCIMENTO:	NOME DA MÃE:	
ENDEREÇO:		
Nº da CTC:		Data de expedição:
Ato de averbação:		
DISCRIMINAÇÃO DOS PERÍODOS CERTIFICADOS NA CTC		
Períodos _/_/_/___ A _/_/_/___ _/_/_/___ A _/_/_/___ _/_/_/___ A _/_/_/___ _/_/_/___ A _/_/_/___	Utilização (S/N)	Efeitos da utilização
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES NOME/MATRÍCULA/CARGO:		VISTO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO DE PESSOAL NOME/MATRÍCULA/CARGO:
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
LOCAL e DATA		
OBSERVAÇÕES / OCORRÊNCIAS:		