



REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO AUXILIOTRANSPORTE

Eu, _____, registrado(a) na
matricula nº _____, lotado(a) na Secretaria Municipal de
_____, portador(a) do RG _____,
inscrito(a) no CPF _____, no cargo de
_____, venho por meio deste requerer o
cancelamento do desconto do auxílio transporte de acordo com a lei 769/2014.

Termo em que, pede deferimento

Balsa Nova, ____ de _____ de _____.

Requerente

Ao Senhor (a) Secretário (a)

Dados de contato do requerente:

E-mail: _____

Telefone: _____