PODER JUDICIÁRIO

T R I B U N A L D E J U S T I Ç A

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

À DIRETORIA DO DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO

_____,

(nome completo)

matrícula nº: _____, _____, ora lotado

(cargo)

_____

(lotação)

Telefone comercial: _____ celular:_____vem respeitosamente requerer a Vossa Senhoria a inclusão do(s) dependente(s), relacionado(s) abaixo, no **Centro de Assistência Médica e Social deste Tribunal**.

DEPENDENTE(S)
1.
2.
3.
4.
5.

TERMO DE INSERÇÃO NO CENTRO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SOCIAL

I - Declaro que li o art. 10, parágrafo único, do Regulamento da Secretaria do Tribunal de Justiça e aceito sem qualquer ressalva ou restrição as condições estabelecidas no referido regulamento.

II - Declaro que me comprometo a manter as informações atualizadas sobre o grupo familiar elencado neste documento e que me responsabilizo pela veracidade das informações prestadas neste termo de inserção.

_____, ____ de _____ de _____ .

_____

Assinatura do Servidor