FORMULÁRIO ACESSO AOS SERVIÇOS

Sr. (a) Presidente da Câmara de Vereadores de Triunfo:

Nome do solicitante: _____

CPF:_____

Contato do solicitante:

E-mail: _____

Telefone: (___) _____

Solicitação:

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura do solicitante_____

Triunfo, _____ de _____de 20___.

ANÁLISE PELO PRESIDENTE em _____ de _____ de 20___.

( ) Deferido

( ) Indeferido. Justificar: _____

_____

_____

Ass. Presidente: : _____