



PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO, ORÇAMENTO E INFORMAÇÃO
DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO
SETOR DE PESSOAL
Tel: (037) 3229-6507 / 3229-6542

PEDIDO DE EXONERAÇÃO DE CARGO EFETIVO:

Divinópolis, ____ de _____ de _____.

Ilmo(a) Sr.(a)

Diretor(a) de Administração

Eu, _____,
portador(a) do CPF nº. _____, detentor(a) do cargo efetivo de
_____, matriculado(a) sob o nº.
_____, lotado(a) na Secretaria Municipal de
_____, venho mui respeitosamente, pedir minha
exoneração a partir de ____/____/_____.

Telefone para contato: () _____ Celular: () _____

Email: _____

Endereço: Rua: _____ nº. _____,

Complemento: _____, Bairro: _____, CEP:

_____, Cidade: _____, Estado: _____.

Atenciosamente;

- Assinatura do(a) Requerente -