



# PREFEITURA MUNICIPAL DE MIRACATU

## Departamento Municipal de Educação

Av. Washington Luis, 120- Centro- Miracatu SP CEP 118500-000

Tele/Fax (13) 3847-1265/1860

E-mail: [educacao@miracatu.sp.gov.br](mailto:educacao@miracatu.sp.gov.br)

**AO SENHOR**

**DIRETOR DO DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO**

### REQUERIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_,

Inscrito (a) no RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_, Cadastro Único nº \_\_\_\_\_.

Venho por meio deste, **REQUERER A CONTINUIDADE NO PROGRAMA AUXÍLIO TRANSPORTE UNIVERSITÁRIO E TÉCNICO PROFISSIONALIZANTE**, visando o benefício para o **1º Semestre do ano letivo de 2025** - período de **janeiro a julho/2025**, onde me comprometerei a cumprir o **CRONOGRAMA- 2025** estabelecido pelo Departamento Municipal de Educação, para entrega dos documentos que comprovam os gastos com o transporte, bem como o meu vínculo com a Instituição de Ensino. Em anexo segue documento que comprova meu vínculo na Instituição de Ensino a qual estou devidamente matriculado (a) para o **1º Semestre do ano letivo de 2025**.

Nestes termos, Pede Deferimento.

Miracatu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Requerente**

\*\*\*\*\*

#### DADOS DA INSTITUIÇÃO DE ENSINO

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:**

\_\_\_\_\_ **CURSO:** \_\_\_\_\_ **SEM:** \_\_\_\_\_

#### DADOS BANCÁRIOS:

Banco	Agência nº	Conta nº (C.C ou Pou)

**ITINERÁRIO:** Miracatu a \_\_\_\_\_ **TRANSPORTE UTILIZADO:** \_\_\_\_\_

**TELEFONE ATUALIZADO:** ( ) \_\_\_\_\_