



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

**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 **fevereiro a junho/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 Poup)

ITINERÁRIO: Miracatu a _____

TIPO DE TRANSPORTE UTILIZADO: () Rota do Sol (Jorge Tardelli)
() Valle Sul
() Dona Marta
() Veículo Particular

TELEFONE PARA CONTATO: () _____