FUNPREV

FUNDO DE PREVIDÊNCIA DE OEIRAS DO PARÁ

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÂO DE ACESSO À INFORMAÇÃO

DADOS DO INTERESSADO (Campos de preenchimento obrigatório):

Nome Completo/ Razão Social:_____

CPF/CNPJ: _____

Endereço _____ Nº: _____

Bairro_____ CEP:_____

E-mail: _____

Telefone(s)_____

ESPECIFICAÇÃO DO PEDIDO:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FORMA DE RECEBIMENTO DA RESPOSTA (marque apenas uma):

◯ **PAPEL** ◯ **EMAIL** ◯ **CD/DVD** ◯ **PENDRIVE**

OBSERVAÇÕES:

1) Para cópias em papel será cobrado o custo de reprografia.

2) Ao optar por receber as informações em mídia eletrônica, no momento da retirada trazer CD/PenDrive para efetuar a gravação.

3) A informação solicitada será disponibilizada em até 20 dias, podendo ser prorrogável por mais 10 dias.

_____ _____

LOCAL E DATA **ASSINATURA DO REQUERENTE**