

AO SR PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À
SAÚDE –ANDRADINA

Eu, _____ (POSTO/GRAD) _____ (RE/MATRICULA) _____ Nº

(NOME) _____,
RG. _____ data expedição __/__/____, CPF. _____,
Dt.Nasc. __/__/____, residente à _____,
Nº _____ – Bairro _____ – _____ (cidade) _____/SP,
Tel (____) _____-_____ Cel (____) _____-_____, venho a V S^a requerer a
minha inclusão e de meus dependentes, a contar de ____ de _____ de _____,
na Associação Policial de Assistência à Saúde-Andradina.

Nestes termos pede e espera deferimento

Andradina/SP, ____ de _____ de _____.

(nome)

CPF _____