**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

***Para CAPACITAÇÃO.***

Autorizo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(nome completo)*

RG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a Retirar **TODOS:**

( ) Certificados, em meu nome

( ) Declarações, em meu nome

Município:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ***1. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***2. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***3. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***4. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***5. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***6. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

|  |
| --- |
| ***7. Nome completo:*** |
| ***CPF:*** | ***Assinatura:***  |

**Essa autorização tem validade por 30 dias.**