 Câmara Municipal de Vereadores de Flores da Cunha

Estado do Rio Grande do Sul

## PEDIDO DE ACESSO A INFORMAÇÕES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome completo** |  | |
| **CPF** |  | |
| **RG** |  | |
| **Endereço eletrônico (*e-mail)*** |  | |
| **Telefone de contato** |  | |
| **Endereço residencial\*** |  | |
| **Tipo de solicitante\*\***  Agente Político  Estudante  Jornalista  Membro de Controle Interno  Representante de Instituição  Servidor Público  Outros | **Escolaridade\*\***  Sem instrução formal Ensino Fundamental Ensino Médio Ensino Superior Pós-graduação Mestrado/Doutorado | **Sexo\*\***  Masculino Feminino |

(\*) Indicar logradouro, número, complemento (se houver), cidade, Estado e CEP.

(\*\*) Preenchimento opcional.

|  |
| --- |
| **Informações solicitadas:** |
|  |

Senhor Presidente da Câmara Municipal de Vereadores, Solicito, nos termos da Lei Federal nº 12.527/2012, e do Decreto Legislativo nº 04/2014 da Câmara de Vereadores de Flores da Cunha, acesso às informações acima indicadas.

Declaro, para os devidos fins e sob as penas da lei, que os dados pessoais acima prestados são verdadeiros.

Estou ciente de que o meu nome será divulgado no Portal da Câmara Municipal de Vereadores de Flores da Cunha/RS juntamente com as informações solicitadas, bem como de que, se o atendimento do pedido implicar custos, será cobrado o respectivo montante.

Flores da Cunha, em \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

Após o preenchimento e assinatura, de posse de documento de identificação, entregue este formulário na Sede da Câmara Municipal na Rua São José, 2500 - Bairro Centro Administrativo Flores da Cunha/RS - CEP 95270-000