PMSJC

RECURSO DE REVISÃO

PROCESSO Nº	
FLS Nº	
DATA DA JUNTADA	/ /
ÓRGÃO	
RÚBRICA	

Nº PROCESSO:	DATA: _____/_____/_____

AUTUADO(A):				
RECORRENTE:				
ENDEREÇO:				
BAIRRO:	CIDADE	ESTADO:	CEP:	TELEFONE:

EXMO. SR. PRESIDENTE DA JUNTA MUNICIPAL DE RECURSOS DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

Concordo que os meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis coletados serão para o fim de Recurso de Revisão e serão tratados e armazenados por essa municipalidade de acordo com a Lei Federal nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados e Decreto Municipal nº 18.855/2021

_____/_____/_____ DATA

_____ NOME E ASSINATURA DO REQUERENTE