|  |  |
| --- | --- |
| **GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO** | **UCD** |
| **SECRETARIA DA SAÚDE** |  |
| **U.O.:**  |
|  |
| **U.D.:**  |  |



**NOME ATUAL**

**APOSTILA DE NOME**

|  |
| --- |
|  |
| **O DIRETOR DO CENTRO DE PESSOAL, DA ADMINISTRAÇÃO SUPERIOR DA SECRETARIA E DA SEDE, DA COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS, DA SECRETARIA DA SAÚDE,** nouso da competência que lhe é conferida pelo inciso I, do artigo 37, do Decreto nº 52.833/08, de 24/03/2008,expede a presente **APOSTILA**, para declarar que a interessada passa a assinar conforme alteração abaixo: |
|  |

**IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR**

|  |  |
| --- | --- |
| **RG.** | **RS/PV** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME APOSTILADO** | **MOTIVO** |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CÓDIGO UA** | **UNIDADE ADMINISTRATIVA** | **MUNICÍPIO** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PUBL. NO D.O.E.** | **RETIF. NO D.O.E.** |
|  |  |

**ASSUMO PLENA RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES**

LOCAL:

DATA:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

**USO DO DDPE PARA AVERBAÇÃO**

AVERBADO PELA SD:

DATA: / /

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL