



Secretaria Municipal da Saúde

Prefeitura de Assis

REQUERIMENTO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA OCULTA - CIPDO

Eu _____,

nacionalidade: _____ estado civil: _____

CPF n° _____ RG n° _____

Profissão: _____ Telefone: (____) _____

Endereço: _____

Bairro: _____ cidade: _____

Requer-se a emissão da Carteira de Identificação da Pessoa com Deficiência Oculta
(CIPDO) em favor do (a) _____

_____ data de nascimento: ____/____/____

CPF n° _____ RG n° _____

Assis/SP, ____/____/____

Nestes termos, pede deferimento.

Assinatura