# **ANEXO B**

# **REQUERIMENTO DE NOVA AVALIAÇÃO**

|  |
| --- |
| **DADOS DO REQUERENTE** |
| Nome Completo | Nº BM |
|  |
| Data de Nascimento | Identidade | Órgão Emissor | CPF |
|  | / |  | / |  |  |  |  |
| Endereço residencial (Rua, Avenida, etc.) |
|  |
| Bairro | Nº | Complemento |
|  |  |  |
| Cidade | UF | CEP |
|  | MG |  |
| (DDD) Tel. Residencial | (DDD) Tel. Celular | *E-mail* |
| ( |  | ) |  | ( |  | ) |  |  |
| **Solicito novo exame, em data a ser marcada pelo CBMMG, concernente à atividade de:**☐ Instrutor de brigadistas☐ Instrutor de guarda-vidas civil |
| Data: / /  | Assinatura do requerente |
| **PARA USO DO CBMMG** |
| Data do recebimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Parecer:** ☐Deferido ☐IndeferidoRazões do indeferimento: |
| Data do parecer: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Assinatura |