**ANEXO II**

**ESTADO DO PARANÁ**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS CAETANO MUNHOZ DA ROCHA**

**CURSO DE FORMAÇÃO INICIAL PARA AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS**

**REQUERIMENTO DE MATRÍCULA**

Excelentíssima Senhora Diretora do Centro Formador de Recursos Humanos Caetano Munhoz da Rocha,

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nome completo)**

RG \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venho por meio deste, requerer matrícula no curso de **Formação Inicial para Agente de Combate às Endemias**, ofertado por este Estabelecimento de Ensino, descentralizado no município de Maringá - 15ª Regional de Saúde de Maringá e, estando ciente das normas do regimento do mesmo, conforme **Edital nº 07/2021**, comprometo-me a cumprí-las.

**Nestes termos.**

**Pede deferimento.**

**Local e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Aluno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Deferido □ Indeferido □**

**EDEVAR DANIEL**

Diretor do CFRH/ESPP