



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO  
DA ADMINISTRAÇÃO

**Requerimento**

Senhor(a) Secretário(a) da Administração

Nome completo

Matrícula

Cargo

Lotação

Local de exercício

E-mail

Telefone

Endereço residencial

Requer

Declaro estar ciente e de acordo que a Secretaria de Estado da Administração – SEAD realize o tratamento dos meus dados pessoais e dados pessoais sensíveis para o andamento do processo até a conclusão, conforme art. 7º da Lei nº 13.709/18.

Declaro estar ciente da inteira responsabilidade e veracidade das documentações anexadas, inteirado que quaisquer informações falsas implicará nas penalidades cabíveis perante a Lei nº 2.848/40.

Local e data da solicitação

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente