



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO
DA ADMINISTRAÇÃO

Requerimento de Auxílio Funeral

Senhor(a) Diretor(a) Executivo(a) de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Administração

Nome do requerente		Matrícula do ex-servidor
Nome do ex-servidor		Data do falecimento ____/____/____
Cargo que ocupava	Grau de Parentesco do Requerente	
Lotação		
E-mail		Telefone
Endereço residencial		
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