



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE VOLTA REDONDA
GABINETE DO PREFEITO

ANEXO II AO DECRETO Nº 14.348

FORMULÁRIO DE RECADASTRAMENTO

Eu, _____,
matrícula (s) _____, nascido em ____/____/____, portador (a)
da carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____,
CPF nº _____, residente à _____

Bairro _____, Cidade _____, Estado _____,
País _____, Telefone (____) _____, por este ato
realizo meu recadastramento e assumo, perante a Prefeitura Municipal de Volta Redonda,
inteira responsabilidade civil e criminal pelas informações constantes neste formulário.

_____, ____ de _____ de _____.
(cidade/país)

Assinatura do(a) Servidor(a)
Reconhecimento de firma por autenticidade

Importante:

1. Este documento deverá ser reconhecido por autenticidade em qualquer cartório ou no Consulado Brasileiro do país em que reside o servidor.
2. Encaminhar aos cuidados da Comissão Municipal de Recadastramento – Secretaria Municipal de Administração, Praça Sávio Gama, nº 53, Aterrado, 27.215-620, Volta Redonda – RJ.