



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ  
COORDENADORIA PERMANENTE DE SELEÇÃO



**REQUERIMENTO PARA ATENDIMENTO ESPECIAL PARA LACTANTE**

Preencher corretamente e encaminhar à COPESE, conforme estabelece o respectivo edital.

CONCURSO:	EDITAL:
-----------	---------

Dados da Candidata		
NOME:	Nº INSCRIÇÃO:	
CURSO:		
Nº DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:		
TEL. FIXO:	CELULAR:	E-MAIL:

Dados da Criança	
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:

Dados do (a) acompanhante		
NOME:	DATA DE NASCIMENTO:	
Nº DO RG.	ORGÃO EXPEDIDOR	Nº DO CPF.

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<p><b>PARA USO DA COPESE</b></p> <p>( ) Deferido</p> <p>( ) Indeferido, motivo: _____</p> <p>Data: __ / __ / ____</p> <p>_____</p> <p>Membro da Copese</p>
--