

NÚMERO DA INSCRIÇÃO	
Nome do Responsável	CPF
Nome do Candidato	Telefone

PEDIDO	
<input type="checkbox"/>	Alterar local do curso
<input type="checkbox"/>	Alterar renda familiar
<input type="checkbox"/>	Alterar e-mail
<input type="checkbox"/>	Alterar endereço
<input type="checkbox"/>	Alterar telefone
<input type="checkbox"/>	Alterar série escolar do candidato

JUSTIFICATIVA
(Descreva o motivo do pedido e as informações que precisam ser alteradas)

CIÊNCIA
Declaro estar ciente sob as penas da lei (criminal, civil e administrativo) que as informações declaradas e solicitadas acima são verdadeiras. Tenho ciência de que meu pedido somente será aprovado se este documento estiver adequadamente preenchido, assinado e enviado para o e-mail cbmgo.bm8@gmail.com

Nome completo de quem assina	
Assinatura	Local e data