Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e profissão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CPF/MF, sob nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Número e Vinculo Funcional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ no órgão \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito à Fundação de Previdência Complementar do Estado do Espírito Santo – PREVES, o Cancelamento da minha inscrição junto ao plano de benefícios administrado por esta entidade.

Declaro que tenho ciência que após o recebimento desta solicitação pela Fundação, a PREVES emitirá o requerimento formal de Cancelamento para minha assinatura e posterior devolução à PREVES.

Declaro ainda, que tenho conhecimento de que o requerimento formal deverá ser assinado com firma reconhecida em cartório, devendo a data firmada no requerimento ser a mesma da autenticação da assinatura.

Local e data

Assinatura do requerente