



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DA PARAÍBA

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Nome completo:
Contato telefônico:
Endereço:
Instituição de ensino:
CPF:
RG e Órgão Expedidor:
Matrícula:
Período em curso:
Turno:
CRA:
<ul style="list-style-type: none">• Candidato deficiente ()• Candidato indígena ()• Candidato negro ()• Candidato quilombola ()• Candidato integrante de outra comunidade tradicional ()

Declaro para todos os fins e para que surtam efeitos legais, que me encontro devidamente matriculado na Instituição de ensino acima nominada.

Declaro, ainda, que todas as informações acima descritas são verdadeiras.

_____, ____/____/____.
Local e data.

Assinatura