

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RG nº \_\_\_\_\_, SSP: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

LOTAÇÃO E ESCOLARIDADE \_\_\_\_\_,

vem, mui respeitosamente, nos termos da Lei 13.681, de 18 de junho de 2018, que disciplina o disposto nas Emendas Constitucionais nºs 60, de 11 de novembro de 2009, 79, de 27 de maio de 2014, e 98, de 6 de dezembro de 2017, autorizar aos advogados do processo Transposição a requerer o reconhecimento de vínculo federal estatutário no quadro em extinção da União Federal, assegurados todos os direitos e vantagens.

\_\_\_\_\_  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do servidor com firma reconhecida)