

FICHA DE CREDENCIAMENTO

Nome da Unidade: _____

Sigla da Unidade: _____ Telefones: _____

Autorizo os colaboradores abaixo identificados a retirar correspondência referente a esta Unidade. **Estamos cientes que pessoas não identificadas na presente relação não poderão efetuar entrega ou retirada de correspondência em nome desta Unidade na Coordenação de Protocolo (COP, antiga SCA).**

Nome Completo (legível)	Matrícula (servidor efetivo)	Assinatura (conforme identidade)
	CPF ou RG (outros colaboradores)	
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Brasília, _____ de _____ de _____.

Titular da Unidade
(Carimbo e Assinatura)