



CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – CRESS 2ª Região/MA

FORMULÁRIO DE PEDIDO DE DESAGRAVO PÚBLICO

Nome do(s) denunciados:

Instituição em que atuam:

Endereço:

CEP:

Cidade:

Telefones:

Nome do denunciante:

Instituição em que atua:

Endereço:

CEP:

Cidade:

Telefones:

e-mail:

Contextualização dos Fatos:

Obs. Pode ser utilizado o verso da folha para concluir a contextualização.

Provas:

Documental () Sim () Não.

Em caso positivo, citar os nomes completos da(s) testemunha(s) e telefones:

Testemunhal () Sim () Não .

Em caso positivo, citar os nomes completos da(s) testemunha(s) e telefones:

Declaro sob as penas da lei que são verdadeiras as informações prestadas neste documento.

_____, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do (a) denunciante