TRANSFERÊNCIA ENTRE UNIDADES GESTORAS

Solicito que a responsabilidade sobre o (s) bem (ns) listado (s) neste documento seja transferida à (ao) servidora (or) NOME COMPLETO, SIAPE n° MATRÍCULA SIAPE, telefone Nº DO TELEFONE, e-mail E-MAIL, lotado no SETOR/DEPARTAMENTO da NOME DA UNIDADE ADMINISTRATIVA.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de Tombo** | **Descrição Resumida** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Recife, DIA de MÊS de ANO.

NOME COMPLETO RESPONSÁVEL ATUAL PELO BEM

CARGO FUNÇÃO

SIAPE

Ciente e de acordo,

NOME COMPLETO DO NOVO RESPONSÁVEL

CARGO FUNÇÃO

SIAPE