**BRASÃO MUNICIPAL**

**MUNICÍPIO DE NOME DO MUNICÍPIO**

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – BRASIL

**SECRETARIA SOLICITANTE**

**Município, Data.**

OFÍCIO N° **XX/20XX**

Ao gestor do Programa Devolve ICMS,

O Municípiode **Nome do Município**, por meio do(a) seu(sua) **Nome e Cargo do Servidor(a) solicitante**, vem por meio deste solicitar o cadastramento e a senha de acesso a relação de beneficiários do Programa Devolve ICMS para que o município possa auxiliar na orientação destas famílias na retirada de seus benefícios.

Conforme solicitado, seguem os dados do(a) servidor(a) que terá acesso a relação de beneficiários do Programa Devolve ICMS:

Nome:

CPF:

RG:

E-mail:

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura

**Secretaria Solicitante**