

TERMO DE RETIRADA DE CERTIFICADO TCF

Eu, (nome completo) _____, portador do RG nº _____ autorizo a retirada do meu **certificado TCF – SESSÃO** (informe a data da sessão) ___/___/___ por (nome completo do representante), _____portador(a) do RG nº _____ no dia ___/___/___

_____, ____ de _____ de 20____

(localidade), (dia) de (mês) de (ano).

(assinatura do candidato.a)