

 DETRAN	Diretoria de Habilitação Divisão de Controle de Habilitação
	COMPROVAÇÃO DE LOCAL DE TRABALHO

Nome do requerente	
CPF	Data de nascimento ____ / ____ / ____
Empresa que trabalha	
Local de trabalho	
Bairro	CEP
Município	Estado
Telefone para contato ()	
E-mail:	
Solicito que o endereço do meu local de trabalho seja utilizado para direcionar a região da Clínica Médica onde deverei realizar os exames em conformidade com a CI DETRAN/RJ/DSD Nº 430/2013.	

Rio de Janeiro, ____ de ____ de ____ .

Assinatura do Requerente