

**CABEÇALHO DO CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ou
CABEÇALHO DO CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

Nome da Instituição
Endereço (Rua, número, complemento, cidade)
Telefones
E mail

Of. N° ____/ano. cidade, ____ de _____ de ____

Ao Ilmo. Sr. Prof. Carlos Eduardo Lobo e Silva
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
N/C

Declaramos que a Instituição _____ situada no município de _____, atende pessoas de zonas de vulnerabilidade e risco social, sendo a maioria procedentes de famílias de baixa renda com impossibilidade de acessar ao Museu de Ciências e Tecnologia da PUCRS na condição de pagantes. Para tanto solicitamos à V.Sa. isenção do valor do ingresso.

Atenciosamente,
(NOME POR EXTENSO E ASSINATURA)
Conselho Municipal
Carimbar