



Estado do Rio Grande do Sul

PREFEITURA MUNICIPAL DE SALVADOR DAS MISSÕES

Avenida Independência, 1131 – Fone (55)3358.1101 – Fax (55)3358.1102 – CEP 97940-000
administracao@pmsalvadormissoes.com.br

**ANEXO III
AUTORIZAÇÃO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS**

Eu, _____,
brasileiro (a), portador(a) da identidade nº _____,
residente _____ e _____ domiciliado
_____ na
cidade de Salvador das Missões. Responsável pela candidata menor de
idade _____.

Assim sendo, autorizo minha filha à participação do Concurso de Escolha das Soberanas do Município de Salvador das Missões/RS, a realizar-se nos meses de setembro a novembro do corrente ano.

Salvador das Missões, _____ de _____ de 2025.

Assinatura do Pai ou Responsável