



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
INSTITUTO DE PREVIDENCIA DOS SERVIDORES DO ESTADO DO ESPIRITO SANTO - IPAJM
COMISSÃO DE ÉTICA

| ROL DE TESTEMUNHAS |
|---|
| (Quando houver e devidamente justificadas, explicitando os fatos que por elas serão elucidados) |
| NOME: |
| CARGO: |
| SETOR: |
| E-MAIL OU TELEFONE OU ENDEREÇO: |
| JUSTIFICATIVA: |

Obs. Para que a denúncia seja admitida é necessário apresentar anexo a este, os elementos de prova referentes à denúncia ou indicar onde as mesmas podem ser encontradas.

Vitória, __ de _____ de 202__.

(Nome e CPF)

(Caso seja servidor estadual, incluir o N^o. Funcional)