|  |
| --- |
| ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  SECRETARIA /ÓRGÃO  **EDITAL DE ELIMINAÇÃO DE DOCUMENTOS** **Nº XXX/2005**  Aos \_\_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do ano de \_\_\_\_\_\_\_\_\_, o (indicar o nome do órgão ou entidade responsável pela eliminação – Secretaria / órgão), de acordo com o que consta do/da (indicar a Tabela de Temporalidade de Documentos ou a Listagem de Eliminação de Documentos e respectivo Edital de Ciência de Eliminação de Documentos), aprovados pelo (titular) do Arquivo Público Estadual, por intermédio do Ofício nº xxx/2005, e publicada(o) no (indicar o periódico oficial), de (indicar a data de publicação da tabela ou do edital), procedeu à eliminação de (indicar a quantificação/mensuração), de documentos relativos a (referência aos conjuntos documentais eliminados), integrantes do acervo do(a)  (indicar o nome do órgão ou entidade produtor/acumulador), do período (indicar as datas-limite dos documentos eliminados).         (nome da unidade orgânica responsável pela eliminação, nome, cargo e assinatura do titular) |