

*FORMULÁRIO PARA RECURSO*

ATENÇÃO: ESTE FORMULÁRIO ESTARÁ DISPONÍVEL ELETRONICAMENTE

Comissão Supervisora do Concurso Público da Câmara Municipal de Alto Caparaó /MG

Concurso Público – Edital Nº 001/2019

|  |
| --- |
| ***Nome completo – Candidato:*** |
| ***Nº de Inscrição:*** |
| ***CPF:*** |
| ***Cargo: Data de nascimento:*** |

Marque abaixo o tipo de recurso:

( ) Envio do boleto quitado (nome não consta na listagem de Local e Horário das Provas Objetivas.

( ) Indeferimento do Laudo Medico.

Digitar ou escrever em letra de forma a justificativa do recurso, de forma objetiva. 01 (uma) via para envio eletrônico (PASSO A PASSO – fl. 02) ou em 02 (duas) em caso de protocolo na prefeitura

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Local e data: —————————————————— ——/——/——

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRAZO PARA RECURSO 29/10 até 31/10/2019**

**PARA FORMULÁRIO ELETRÔNICO NÃO É NECESSÁRIA ASSINATURA.**

