**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** | |
| **RG:** | |
| **CPF:** | |
| **Rua: Bairro: Nº** | |
| **Cidade : CEP: UF:** | |
| **Telefone ( )** | **E-Mail:** |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |
| **Portador de Necessidade Especiais: SIM NÃO** | **Necessidade Especial:** |

**ORIENTAÇÕES:**

## Os Recursos deverão ser enviados nos dias 07 e 08 de fevereiro de 2017 EXCLUSIVAMENTE contra o a divulgação das inscrições deferidas.

## O recursos deverão enviados EXCLUSIVAMENTE para o e-mail: [seletivoconceicaocaninde@outlook.com](mailto:crescer.seletivochaval@outlook.com)

## É necessário ANEXAR comprovante de inscrição (BOLETO) e comprovante de pagamento.

**SOLICITAÇÃO:**

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo de inscrito no **Teste Seletivo da Prefeitura Municipal de Conceição do Canindé-PI** conforme comprovante de inscrição e pagamento em anexo, solicito a homologação de minha inscrição.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de dezembro de 2016**