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

**2ª ETAPA DE APLICAÇÃO DE PROVAS (SOMENTE PARA OS CARGOS DE NÍVEL SUPERIOR E PROFESSOR)**

**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 17 a 20 de novembro de 2017 EXCLUSIVAMENTE contra o a divulgação das inscrições deferidas.

## O recursos deverão enviados EXCLUSIVAMENTE para o e-mail: crescer.concursoaraguana@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 **Concurso Público da Prefeitura Municipal de Araguanã-MA** conforme comprovante de inscrição e pagamento em anexo, solicito a homologação de minha inscrição.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de novembro de 2017**