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

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:**

|  |
| --- |
| **Nome completo:**  |
| **RG:** |
| **CPF:** |
| **Data de Nascimento: / /**  |
| **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 no dia 11 e 12 de fevereiro de 2019 EXCLUSIVAMENTE contra a divulgação das inscrições deferidas.

## Os recursos deverão enviados EXCLUSIVAMENTE para o e-mail: é crescer.cabeceiras2019@outlook.com

## É necessário ANEXAR e enviar por e-mail este formulário de recurso, comprovante de inscrição (BOLETO) e comprovante de pagamento.

## Os locais de provas serão divulgados no dia 13 de fevereiro de 2019.

**SOLICITAÇÃO:**

À Comissão Examinadora do Concurso:

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

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de fevereiro de 2019**