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

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** | |
| **RG:** | |
| **CPF:** | |
| **Telefone ( )** | **E-Mail:** |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |
| **Portador de Necessidade Especiais: SIM NÃO** | **Necessidade Especial:** |

**ORIENTAÇÕES:**

## os recursos deverão ser enviados no 03 a 05 de outubro de 2019 exclusivamente contra a divulgação das inscrições deferidas.

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

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

**SOLICITAÇÃO:**

À Comissão Examinadora do Concurso Público:

Como candidato (a) ao cargo de inscrito no **CONCURSO PÚBLICO,** conforme comprovante de inscrição e pagamento em anexo, solicito a homologação de minha inscrição.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, -----------------------------------de 2019**

**CANDIDATO ,**

* **ANEXAR BOLETO E COMPROVANTE DE PAGAMENTO**