SERVIÇO AUTÔNOMO MUNICIPAL DE SAÚDE – SAMS – IBITINGA
ESTADO DE SÃO PAULO

CONCURSO PÚBLICO Nº 01/2014

EDITAL DE ABERTURA 01/2014

ANEXO V – FORMULÁRIO DE RECURSOS

NOME DO CANDIDATO: _____

RG N°_____ CPF Nº _____ INSCRIÇÃO Nº _____

ENDEREÇO: _____

EMPREGO: _____

EMAIL: _____ TELEFONE: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

( ) ( ) ( ) ( ) ( )	**CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO** **CONTRA GABARITO DA PROVA OBJETIVA** **CONTRA PONTUAÇÃO DE TÍTULOS** **CONTRA RESULTADO FINAL** **OUTROS**	Apenas para recurso contra gabarito oficial Nº da questão: _____ Gabarito oficial: _____ Resposta Candidato: ____

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO – Razões do Recurso