CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
Rua Bom Jesus, 717 – Centro – Ibitinga – SP - 14940-000
Fone/Fax. (16) 3342-7249

CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DE IBITINGA / SP

PROCESSO SELETIVO 01/2015

ANEXO III – MODELO DE FORMULÁRIO DE RECURSOS

NOME DO CANDIDATO: _____

DATA NASC.: ____/____/_____ CPF Nº _____ INSCRIÇÃO Nº _____

ENDEREÇO: _____

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