



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Nome do Candidato: \_\_\_\_\_, Inscrição Nº \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_, Nº da Classificação: \_\_\_\_\_ Nome do Cargo: \_\_\_\_\_

Local para onde fez a inscrição: \_\_\_\_\_

Processo Seletivo EDITAL Nº \_\_\_\_\_, CONVOCAÇÃO Nº \_\_\_\_\_

Apresento RECURSO junto à Comissão de Processo Seletivo contra decisão da mesma (explicitar a decisão que está contestando).

---

---

---

---

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO CANDIDATO