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_____2024.