|  |
| --- |
| **CONCURSO PÚBLICO PREFEITURA MUNICIPAL DE GODOFREDO VIANA-MA**  **FORMULÁRIO DE RECURSO** |

|  |
| --- |
| **RECURSO** |
| **CONTRA O INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO.** |

**ATENÇÃO:** Somente para os candidatos cujos nomes não aparecem na relação de INSCRIÇÕES DEFERIDAS.

PERÍODO PARA RECURSO: **06/10 a 10 de outubro de 2016**

FORMAS DE ENVIO: **Exclusivamente por e-mail** [***ima.godofredoviana2016@outlook.com***](mailto:ima.godofredoviana2016@outlook.com)

IMPORTANTE**:** É OBRIGATÓRIO anexar junto ao formulário de recurso **comprovante de inscrição (boleto) e comprovante de pagamento.**

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** | |
| **RG:** | |
| **CPF:** | |
| **Rua: Bairro: Nº** | |
| **Cidade : CEP: UF:** | |
| **Telefone ( )** | **E-Mail:** |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |
| **Portador de Necessidade Especiais: SIM NÃO** | **Necessidade Especial:** |

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo de inscrito no Concurso da Prefeitura Municipal de GODOFREDO VIANA-MA conforme comprovante de inscrição e pagamento em anexo, solicito a homologação de minha inscrição.

**INSTRUÇÕES**

O (a) candidato (a) deverá:

1- Preencher este formulário e enviar recurso para o e-mail: [**ima.godofredoviana2016@outlook.com**](mailto:ima.godofredoviana2016@outlook.com)

**2-** **Anexar cópia do comprovante de inscrição (boleto) e comprovante de pagamento.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2016.