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

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

**PERÍODO PARA RECURSO: 11/02/2019 e 12/02/2019**

**FORMAS DE ENVIO: Exclusivamente por e-mail ima.concursocamarapb@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:** |
| **Data de nascimento: / /**  |
| **Rua: Bairro: Nº**  |
| **Cidade : CEP: UF:** |
| **Telefone ( )**  | **E-Mail:** |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |
| **Lotação:** |
| **Portador de Necessidade Especiais: SIM NÃO** | **Necessidade Especial:**  |

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo de inscrito no CONCURSO PÚBLICO DA CÂMARA MUNICIPAL DE PASTOS BONS - 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.concursocamarapb@outlook.com**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de fevereiro de 2019.