**FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS**

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome completo:** | |
| **RG:** | |
| **CPF:** | |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |

**ORIENTAÇÕES:**

## Os Recursos deverão ser enviados nos dias 16 e 17 de maio de 2019

## Os recursos deverão enviados EXCLUSIVAMENTE para o e-mail: é ima.concursopastosbons@outlook.com .

## É necessário se identificar corretamente com todas as informações necessárias para a análise do Recurso.

**RECURSO:**

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no **Concurso Público da Prefeitura Municipal de PASTOS BONS - MA , SOLICITO a RECONTAGEM DA MINHA PONTUAÇÃO DA PROVA DE TITULOS EM RELAÇÃO A:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de maio de 2019**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­CANDIDATO**

**OBSERVAÇÃO IMPORTANTE:**

**DE ACORDO COM O EDITAL NO ITEM 6.16 – TODAS AS MODALIDADES DE TÍTULOS SOMENTE SERÃO CONSIDERADAS A PARTIR DA DATA DE CONCLUSÃO DO CURSO, MEDIANTE APRESENTAÇÃO, JUNTO COM OS TÍTULOS, DE CERTIDÃO OU CERTIFICADO DE CONCLUSÃO DO CURSO PELO QUAL O CANDIDATO ESTÁ CONCORRENDO. O CANDIDATO DEVERÁ FAZER O RECURSO LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO ESTE ITEM.**