ANEXO IV

EDITAL SMS Nº 02/2020

FORMULÁRIO PARA
INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

À COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO

Nome do Candidato: _____

Função:_____

Recurso contra o:_____

Justificativa do Recurso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____, ___ de _____ de _____.

Assinatura Candidato

Secretaria da Saúde de Sobral
Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro – CEP: 62.011-200 – Contato: (88) 3611-7758