|  |
| --- |
| **CONCURSO PÚBLICO PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DOS CRENTES-MA****FORMULÁRIO DE RECURSO** |

|  |
| --- |
| **RECURSO** |
| CONTRA O RESULTADO PRELIMINAR DAS PROVAS DE TÍTULOS |

PERÍODO PARA RECURSO: **11 a 15/12/2016**

FORMAS DE ENVIO: Exclusivamente por e-mail (**ima.saopedrodoscrentes2016@outlook.com**)

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

|  |
| --- |
| **Nome Completo:**  |
| **Nº de inscrição:** | **RG:** |
| **Telefone ( )**  | **E-Mail:** |
| **Cargo:** | **Código Do Cargo:** |

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_do Concurso da Prefeitura Municipal de SÃO PEDRO DOS CRENTES-MA solicito reanálise dos meus títulos.

**ARGUMENTAÇÃO:**

**INSTRUÇÕES**

O (a) candidato (a) deverá:

1. Preencher este formulário e enviar recurso para o e-mail: **ima.saopedrodoscrentes2016@outlook.com**