|  |
| --- |
| **TESTE SELETIVO PREFEITURA MUNICIPAL DE CABECEIRAS DO PIAUÍ-PI****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: **22 de fevereiro de 2018**

FORMAS DE ENVIO: **Exclusivamente por e-mail** ***ima.cabeceirasdopi@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:** |
| **Portador de Necessidade Especiais: SIM NÃO** | **Necessidade Especial:**  |

À Comissão Examinadora do Concurso:

Como candidato (a) ao cargo de inscrito no Teste Seletivo de Cabeceiras do Piauí-PI, 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.cabeceirasdopi@outlook.com**

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