

EDITAL nº 19, DE 27 DE SETEMBRO DE 2021

Anexo X

FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA DECISÃO DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO

Processo seletivo (ano/semestre): _____/_____

Nome completo do candidato: _____

Inscrição nº: _____

Identidade nº: _____ CPF nº: _____

Nome completo do(a) responsável (se o candidato for menor de 18 anos):

Campus/Unidade Pretendida: _____

Curso: _____

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideração da decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

_____ - ____ : ____ / ____ / ____ .
(Município/UF Estado) (Data)

Assinatura do(a) candidato(a)

Nome completo do(a) candidato(a): _____

Telefone: (____) _____

Assinatura do responsável (se o candidato for menor de 18 anos)

RG: _____

CPF: _____