EDITAL Nº 11, DE 20 DE OUTUBRO 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 reconsideraçãoda 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: _____