EDITAL Nº 20, DE 25 DE OUTUBRO DE 2021.

Anexo XI

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: _____