

**EDITAL Nº 02, DE 21 DE FEVEREIRO DE 2022**  
**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: \_\_\_\_\_