EDITAL Nº 03, 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 reconsideraçãodadecisão 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: _____