

**EDITAL Nº 01, DE 15 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: \_\_\_\_\_