FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA RESULTADO PRELIMINAR DE HETEROIDENTIFICAÇÃO

Processo Seletivo (Sigla/Ano)	**Edital** (Número/Ano) _____/_____	**Campus/Unidade Pretendida**
Nome Completo do Candidato		
Inscrição	**Número Documento de Identidade**	**Número CPF**(xxx.xxx.xxx-xx)
Nome Completo do Responsável do Candidato (apenas para candidatos menores de 18 anos)		

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideração da decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____/____, _____ de _____ de _____.
Local/UF Dia Mês Ano

_____
Assinatura do(a) Candidato(a)
(para candidatos maiores de idade)

_____
Assinatura Representante do(a) Candidato(a)
(para candidatos menores de idade)

(**Atenção:** Candidato, imprima, preencha, assine, digitalize e envie-o na forma de arquivo tipo PDF, para recursal.heteroidentificacao@ifpa.edu.br, no período informado no Cronograma Oficial do Edital)