

ANEXO XIII

**FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA A DECISÃO DA COMISSÃO LOCAL DE
HETEROIDENTIFICAÇÃO**

Processo seletivo (ano/semestre): ____/____

Nome _____ completo _____ do _____ candidato:

Nome Social: _____

Inscrição nº: _____

Identidade nº: _____

CPF nº: _____

Nome completo do(a) responsável (se o candidato for menor de 18 anos):

Identidade nº: _____

CPF nº: _____

Campus/Unidade _____ Pretendida:

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

_____, ____ de ____ de ____.
(localidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do(a) candidato(a): _____

Assinatura do Responsável: _____
(se o(a) candidato(a) for menor de 18 anos)