



PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 02/2020

FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO

Ao(À) Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado 02/2020
Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

Inscrição:		Emprego Público Temporário:	
Nome Completo:			
CPF:			
RG:			
Endereço:			
Número:		Bairro:	
Cidade:		Estado:	CEP:
Tel. Fixo:		Tel. Celular:	
E-mail:			

TIPO DE RECURSO

<input type="checkbox"/>	Interposição de Recurso contra a Homologação das Inscrições ou o Indeferimento da Solicitação de Reserva de Vagas para Pessoa com Necessidades Especiais
<input type="checkbox"/>	Interposição de Recurso contra o Resultado Preliminar da Prova de Títulos ou Classificação de Candidatos
<input type="checkbox"/>	Interposição de Recurso contra a Modificação da Classificação Preliminar dos Candidatos, realizada em decorrência do provimento de Recurso interposto em face da classificação inicialmente publicada. Neste caso, somente será admitida a interposição de Recurso caso a alteração na Classificação Preliminar dos Candidatos não seja compatível com a decisão que deu provimento ao Recurso interposto ou caso a nova classificação não tenha observado o critério de desempate previsto no Edital.

Toledo, ____/____/____

Assinatura