 

# ANEXO V

**EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 02/2021 FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Ao(À) Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado 02/2021 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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Interposição de Recurso contra a Homologação das Inscrições ou o Indeferimento da Solicitação deReserva de Vagas para Pessoa com Necessidades Especiais |
|  | Interposição de Recurso contra o Resultado Preliminar da Prova de Títulos ou Classificação de Candidatos |

Toledo, / /

Assinatura

18

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

Rua Rodrigues Alves,1437 - TOLEDO – PR CEP 85903-500 - CNPJ 73.449.977/0001-64

[**http://www.ciscopar.com.br**](http://www.ciscopar.com.br/) - Fone (45) 3252-3524 / 3277-7800