

**ANEXO V - EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2023**  
**FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Ao(À) Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado 01/2023  
Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

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

**TIPO DE RECURSO**

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

<p>Toledo, ____/____/____</p>	<p>_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>
-------------------------------	--