

**ANEXO V DO EDITAL DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO 01/2020  
FORMULÁRIO DE INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

A Presidente da Comissão do Processo Seletivo Simplificado 01/2020

<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>			

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

**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

Toledo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura