

FORMULÁRIO DE RECURSO

NOME:	
CPF:	Identidade:
Endereço:	
E-mail	
Telefone:	
Cargo Inscrito:	
Razões de Recurso:	
<p>Data: _____</p> <p>_____</p> <p>NOME DO CANDIDATO</p>	

O RECURSO DEVERÁ SER ENTREGUE PESSOALMENTE NO SETOR DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM DA FSPSCE NO HORÁRIO DAS 08H:30MIN. ÀS 11:00 HORAS E DAS 13H:30MIN. ÀS 16:00 HORAS.

OBS.: O recurso deve ser entregue dentro de um envelope lacrado. No envelope deve conter:

- **NOME COMPLETO**
- **CARGO PRETENDIDO**