



PREFEITURA DE CONCEIÇÃO DO CASTELO S
PEDIDO DE RECURSO

À COMISSÃO DO PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO
EDITAL 02/2017 - PMCC

IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO

Requerente: _____

Cargo pretendido: _____

Número de Inscrição: _____

Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____

Cl: _____ CPF/MF: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ N° _____

Bairro: _____ Município: _____ UF: _____

Telefone(s) Fixo: _____ Celular: _____

Email: _____

Ponto de referência: _____

Nas linhas abaixo apresente argumentação para cada situação recorrida:

Conforme Edital 02/2017 – PMCC tenho ciência que no julgamento dos recursos serão considerados somente os documentos constantes no envelope entregue no ato da Inscrição.

Conceição do Castelo, ____ de ____ de 2017.

Assinatura do Candidato