**FORMULÁRIO DE RECURSO**

EDITAL Nº 01/2023- RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA /UEMS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULÁRIO DE RECURSO** | | | |
| Nome do(a) Candidato(a): | | | |
| Documento de Identificação Nº: | Órgão Expedidor: | | CPF: |
| Telefone para Contato:  ( ) | | E-mail: | Edital Nº: 01/2023 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA /UEMS |
| Senhor(a) Presidente da Comissão do Processo Seletivo do Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:  O (A) candidato(a) acima identificado(a) vem requerer a V. Sª. a revisão da  ( ) Publicação da Homologação das Inscrições (deferidas e indeferidas).  ( ) Publicação da Divulgação das Notas da Tabela de Avaliação de Currículo e do Histórico Escolar  ( ). Publicação da Divulgação das Notas de Avaliação das Entrevistas Presenciais | | | |
| **Justificativa:** | | | |
| **Documento(s) digitalizado(s) que será(ão) anexado(s) a esse recurso:** | | | |
| Nestes termos, pede deferimento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura | | | |

**ATENÇÃO**: Os documentos digitalizados que serão anexados e este formulário deverão estar em arquivo único e em formato de *Portable Document Format* (PDF).