

**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

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

Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná

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

Toledo, ____ / ____ / ____

Assinatura