SOBRAL
PREFEITURA
SECRETARIA DA SAÚDE

ANEXO III

EDITAL SMS Nº 02/2024

FORMULÁRIO PARA INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS

À COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROCESSO SELETIVO

Nome do Candidato: _____

Função/Carga horária: _____

Recurso contra: _____

Justificativa do Recurso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Sobral-CE, _____ de _____ de _____

Assinatura do Candidato