

**Anexo V**  
**FORMULÁRIO INTERPOSIÇÃO DE RECURSO**

Senhor Candidato:

1. Utilizar o presente Formulário para interpor recurso contra o resultado da Seleção da qual tenha participado. O uso deste formulário dará mais segurança ao processo e tornará mais rápida a resposta ao candidato.
2. O candidato deverá seguir os procedimentos indicados no Edital de Condições Gerais, publicado no DOU n. 01/2020, de 22/09/2020 e divulgado no endereço eletrônico [https://policlinicaposse.org.br/transparencia/#contratacao\\_de\\_pessoal](https://policlinicaposse.org.br/transparencia/#contratacao_de_pessoal)
3. O candidato deverá assinar todas as páginas do recurso.
4. A resposta ao recurso será encaminhada para o e-mail do candidato indicado neste formulário.

**PREENCHER TODOS OS CAMPOS DO FORMULÁRIO**

DADOS DO SOLICITANTE	
NOME DO CANDIDATO:	
CPF:	TELEFONE FIXO:
E-MAIL:	CELULAR:

DADOS DA SELEÇÃO	
DEPARTAMENTO/UNIDADE RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO: <b>RECURSOS HUMANOS</b>	
ÁREA DA SELEÇÃO:	CARGO PRETENDIDO:
EDITAL: <b>01/2020</b>	

SOLICITAÇÃO
TIPO DE RECURSO:  <input type="checkbox"/> Provas e Testes <input type="checkbox"/> Avaliação Psico-laboral <input type="checkbox"/> Avaliação Curricular
DATA: ____ / ____ / ____

**DESCRIÇÃO DO RECURSO**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

ASSINATURA DO CANDIDATO:

PÁGINA: