ANEXO VIII – FORMULÁRIO PARA RECURSO

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____Cargo:_____

CPF nº_____ Nº Inscrição: _____

Endereço:_____Telefone: _____

A **INAZ**

Ref: Recurso Administrativo – Concurso Público EDITAL Nº 001/2016 do Conselho Regional de Odontologia-RJ.

( ) Decisão que indeferir o reconhecimento da condição de portador de necessidades especiais/pessoas com deficiência;

( ) Decisão que indeferir pedido de isenção de taxa de inscrição;

( ) Decisão que indeferir pedido de realização de prova em condições especiais;

( ) Inscrições Homologadas;

( ) Gabarito e questão da prova objetiva de múltipla escolha;

( ) Resultado da prova objetiva;

( ) Resultado dos títulos para os cargos de nível superior.

*Preencher no caso de recurso sobre questões da prova

QUESTÃO:_____	**GABARITO PRELIMINAR:_____**	**RESPOSTA CANDIDATO:_____**

Prezados Senhores, venho através deste, solicitar:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

INAZ DO PARÁ SERVIÇOS DE CONCURSOS PÚBLICOS LTDA
Trav. Quatorze de Abril, nº 1928 Guamá – CEP: 66063-475. Belém/PA
Tel.: (91) 3347-5205 / 3347-8376
Email: atendimento@paconcursos.com.br

Atenciosamente,

Em _____/_____ / 2016

_____

(Assinatura candidato)

Para uso exclusivo da INAZ

Protocolo:

RESPOSTA BANCA EXAMINADORA:

[ ] PEDIDO DEFERIDO

[ ] PEDIDO INDEFERIDO

OBSERVAÇÃO:

INAZ DO PARÁ SERVIÇOS DE CONCURSOS PÚBLICOS LTDA
Trav. Quatorze de Abril, nº 1928 Guamá – CEP: 66063-475. Belém/PA
Tel.: (91) 3347-5205 / 3347-8376
Email: atendimento@paconcursos.com.br