



PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE SAÚDE

FORMULÁRIO RECURSO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO - EDITAL Nº 008/2015

SERVIDOR(A): _____

CPF: _____ CARGO _____

TEL. FIXO: _____ TEL. CELULAR: _____

Como candidato a vaga de remoção, solicito revisão:

() **CONTRA RESULTADO PARCIAL**

Justificativa do candidato – Razões do Recurso

Preencher em letra de forma e entregar este formulário em 02 (duas) vias, uma via será devolvida como protocolo.

Assinatura do candidato(a)

Assinatura do Responsável p/ recebimento

Data: ____/____/2015