FORMULÁRIO DE RECURSO

RESERVA DE VAGAS PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (PCD)

Processo Seletivo/Concurso: _____

Edital nº: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) CANDIDATO(A)

Nome: _____

Nº de inscrição: _____

CPF: _____

Documento de Identidade: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

2. OBJETO DO RECURSO

( ) Indeferimento da inscrição na reserva de vagas PCD

( ) Indeferimento da documentação

( ) Indeferimento da avaliação biopsicossocial

( ) Outro: _____

3. FUNDAMENTAÇÃO DO RECURSO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. DOCUMENTOS ANEXADOS

( ) Laudo médico; ( ) Exames complementares; ( ) Relatórios especializados

( ) Outros: _____

5. PEDIDO

Solicito a revisão da decisão recorrida e a reanálise da documentação apresentada, conforme as disposições do edital e da legislação aplicável às pessoas com deficiência.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE: Caso o(a) candidato(a), em razão de sua deficiência, necessite de auxílio para o preenchimento deste formulário, poderá contar com o apoio de uma pessoa de sua confiança. Nessa hipótese, recomenda-se que o auxílio seja informado abaixo, sem prejuízo da autonomia e da manifestação de vontade do(a) candidato(a).

Nome da pessoa que auxiliou no preenchimento: _____

Vínculo com o(a) candidato(a): _____

Assinatura (opcional): _____

Local: _____ Data: ____/____/_____

Assinatura do(a) candidato(a):

_____

USO EXCLUSIVO DA BANCA RECURSAL

Resultado: ( ) Deferido ( ) Indeferido Fundamentação:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura dos membros da Banca: