



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CATU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Geonísio Barroso, Centro Administrativo, Boa Vista – CEP: 48110-000 Catu-Bahia

ANEXO III
REQUERIMENTO DE RECURSO

REQUERIMENTO DE RECURSO
Nº de Inscrição:
Nome do Candidato: Ao Presidente da Comissão de Recrutamento de Pessoal Como candidato ao Processo Seletivo para a função de _____ solicito revisão no processo de Avaliação Curricular, mediante as seguintes razões: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Catu, xxx de xxxxxxxx de 2023.
Atenção: <ol style="list-style-type: none">1. Preencher o recurso com letra legível.2. Apresentar argumentações claras e concisas.3. Preencher o recurso em 02 (duas) vias, das quais 01 (uma) será retida e outra permanecerá com o candidato, sendo atestada na entrega.4. Não é permitido acostar nenhum documento ao recurso.