

COMPLEXO DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

PROCESSO SELETIVO INTERNO – PSI- CSSBC - ASSIST. DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE ES IV – 20/2021

FORMULÁRIO DE RECURSO

Nome: _____
RE: _____ Cargo: _____ CPF: _____
Telefone: _____ E-mail: _____

INSTRUÇÕES:

Para a solicitação de recurso, o candidato deverá:

1. Enviar o formulário de recurso, devidamente preenchido e obrigatoriamente assinado pelo próprio colaborador para o e-mail processointerno@chmsbc.org.br;
2. No formulário deverá constar argumentação lógica e consistente elaborada pelo próprio candidato;
3. Os dados preenchidos deverão ser obrigatoriamente digitados;
4. Candidatos que apresentarem no campo “Justificativa de Recurso”, argumentações e (ou) redações idênticas ou semelhantes não serão consideradas;
5. Será preliminarmente indeferido recurso que não atenda a exigência do formulário e (ou) fora de qualquer uma das especificações estabelecidas nos editais referentes ao Processo Seletivo Interno.

JUSTIFICATIVA DE RECURSO:

Solicito revisão do Resultado Preliminar, conforme as especificações dispostas no formulário.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do candidato