	ESTADO DE RONDÔNIA **PREFEITURA DO MUNICIPIO DE MONTE NEGRO** **SECRETARIA MUNICIPAL DE GESTÃO EM ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS-SEGAFIN** **COMISSÃO DE PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO**	

ANEXO V – FORMULÁRIO DE RECURSO

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE CARGO PRETENDIDO:_____	**EDITAL Nº. 015/2017**

NOME DO CANDIDATO: _____CPF:_____ DATA DE NASCIMENTO:____/____/_____ IDADE:_____ RG:_____ÓRGÃO EXPEDIDOR:_____				
ENDEREÇO:				Nº.
BAIRRO:	MUNICIPIO:	UF:	TELEFONE	E-MAIL:

TIPO DE RECURSO – (Assinale o tipo de Recurso)

( ) Contra o resultado final de titulo

( ) Contra a Classificação Final

( ) Outro

Justificativa do Candidato – Razões do Recurso

Digitar e entregar este formulário na Coordenadoria de Recursos Humanos do Município de Monte Negro/RO, conforme Edital, em 02 (duas) vias, o qual uma via será devolvida como protocolo.

Monte Negro – RO,_____ de _____ de 2017.

_____

Assinatura do Candidato

CPF: