

FORMULÁRIO DE RECURSO

|  |  |
| --- | --- |
| NOME: | |
| CPF: | Identidade: |
| Endereço: | |
| E-mail | |
| Telefone: | |
| Cargo Inscrito: | |
| Razões de Recurso: | |
| Data:  NOME DO CANDIDATO | |

**O RECURSO DEVERÁ SER ENVIADO PELO MESMO E-MAIL DA INSCRIÇÃO**

**(pss.fono22@gmail.com) NO HORÁRIO COMERCIAL, DAS 08H ÀS 17 H. OBS.: No assunto do e-mail colocar nome e cargo pretendido.**

Fundação de Saúde Pública São Camilo de Esteio – CNPJ 13.016.717/0001-73

Rua Castro Alves, nº 948 – Bairro Tamandaré – Esteio/RS – CEP 93.260-460 – Telefone: (51) 2126-8300 Página: [www.saocamiloesteio.com.br](http://www.saocamiloesteio.com.br/)