

COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA HOSPITAL MUNICIPAL "WALTER FERRARI" - JAGUARIÚNA

Formulário para a interposição de recurso contra:

- a) do resultado das solicitações relativas à condição especial para a realização da prova;
- b) da divulgação do gabarito da prova objetiva;
- c) do resultado de classificação aprovados para 2ª Fase;
- d) do resultado final.

CAPA DE RECURSO

SOLICITAÇÃO

À Comissão Organizadora.

Como candidato à vaga no Programa de Residência Médica 2024 solicito revisão:

- Condição especial para a Prova
- Da Divulgação do Gabarito
- Do Resultado de Classificação da 2ª Fase
- Resultado Final

Conforme especificações inclusas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Candidato

Nome: _____

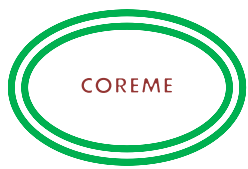
CPF:: _____

INSTRUÇÕES

O candidato deverá:

1. Entregar os recursos (original), sendo uma capa.
2. Preferencialmente, datilografar ou digitar o recurso e entregá-lo de acordo com as especificações estabelecidas neste edital.
3. Usar formulário de recurso individual para cada questão.
4. Identificar-se apenas na capa de cada um dos dois conjuntos.
5. Apresentar argumentação lógica e consistente.

Atenção! O desrespeito a qualquer uma das instruções acima resultará no indeferimento do recurso.



COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA



PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA HOSPITAL MUNICIPAL "WALTER FERRARI" - JAGUARIÚNA

FORMULÁRIO DE RECURSO

RECURSO	
<input type="checkbox"/> Condição especial para a Prova	
<input type="checkbox"/> Da Divulgação do Gabarito	Programa: _____
<input type="checkbox"/> Do Resultado de Classificação da 2ª Fase	Número da questão: _____
<input type="checkbox"/> Do Resultado Final	

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO (Se necessário, use o verso.)

--