

ANEXO 7

Formulário para Interposição de Recurso

PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA PRECEPTORES DO PROGRAMA DE PRECEPTORIA DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS QUE ASSISTIRÃO AOS ESTUDANTES DO CURSO DE MEDICINA E DE ENFERMAGEM, PROMOVIDO PELA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO

Identificação do(a) Candidato(a)

Nome:

RG:

CPF:

Solicitação

Como candidato(a) do Processo Seletivo Simplificado para preceptores do Programa de Preceptoría dos Médicos e Enfermeiros que assistirão aos estudantes do curso de medicina e de enfermagem, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde de Catalão, solicito, a revisão do resultado preliminar de acordo com a justificativa a seguir.

RECURSO/ JUSTIFICATIVA DO(A) CANDIDATO(A):

***Assinar e encaminhar cópia digitalizada para o e-mail:**

saude@catalao.go.gov.br.

Catalão, _____ de _____ de 2023.

Assinatura do(a) Candidato(a)