

**ANEXO II**

**RECURSO**

**NOME COMPLETO:**

**Nº DE INSCRIÇÃO:**

**CARGO:**

Solicito revisão de avaliação, conforme a especificação abaixo.

Protocolo de Recebimento: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2021.

**Responsável pelo Recebimento**

**ESPECIFICAR**

**Argumentação do (a) Candidato (a)**

Pontuação atribuída a Análise de Título [    ]

**OUTRAS OBSERVAÇÕES (Se necessário)**

*Secretaria de  
Assistência Social*

I T A P I S S U M A