**EDITAL Nº 09, DE 20 DE SETEMBRO DE 2021**

**ANEXO X**

FORMULÁRIO DE RECURSO CONTRA DECISÃO DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO

Processo seletivo (ano/semestre): /

Nome completo do candidato: Inscrição nº:

Identidade nº: CPF nº : Nome completo do(a) responsável (*se o candidato for menor de 18 anos*):

*Campus*/Unidade Pretendida:

*Curso:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideraçãoda decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

 - : / / .

(Município/UF Estado) (Data)

Assinatura do(a) candidato(a)

Nome completo do(a) candidato(a): Telefone: ( )

Assinatura do responsável (*se o candidato for menor de 18 anos*) RG:

CPF: