UNIVERSIDADE DA INTEGRAÇÃO INTERNACIONAL DA LUSOFONIA AFRO-BRASILEIRA

NÚCLEO DE INCLUSÃO, ACESSIBILIDADE E DIVERSIDADE

À Comissão de Verificação de Candidaturas PcD

REQUERIMENTO DE RECURSO

Eu (nome completo), _____

RG:_____CPF:_____curso ou cargo:_____

venho por meio deste requerer a reavaliação dos procedimentos de verificação das candidaturas PcD, pelos seguintes motivos e razões:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Neste termos, peço deferimento.

Cidade:_____ , Data: _____de _____de 20____ .

_____

Assinatura do/a Candidato/a (Conforme documento oficial de identificação ou assinatura eletrônica gov.br)