HOSPITAL
MOINHOS DE VENTO

ANEXO V

Formulário para Interposição de Recurso - Processo Seletivo N° 02/2024

Nome completo:
RG:
Endereço completo:
Telefones:
E-mail:

Questionamento:

_____ de _____ de 2024

_____

Assinatura do(a) candidato(a)

O recurso deverá ter todos os campos preenchidos, ser assinado e escaneado em resolução que permita a leitura. Será aceito SOMENTE recurso enviado para o e-mail processoseletivo.cpp@hmv.org.br, na data estipulada no cronograma deste Processo Seletivo e que CONTENHA NO CAMPO ASSUNTO DO EMAIL a seguinte descrição: PROCESSO SELETIVO N° 02 DE 08 DE ABRIL DE 2024 - RECURSO.