

ANEXO III – MODELO DE FORMULÁRIO DE RECURSO - TESTES DE AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FÍSICA LABORAL

Nome do Candidato:

Endereço Completo:

CEP:

Cargo/atividade:

Nº da Inscrição:

RG.:

Local de Inscrição/Opção:

Solicitação

Como candidato (a) ao cargo/atividade de (preencher o cargo/atividade pretendido), solicito revisão do resultado nos testes de avaliação da capacidade física laboral.

JUSTIFICATIVA DO CANDIDATO:

Local e Data:

Assinatura do candidato: