



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

**ANEXO II - PROCESSO SELETIVO
FORMULÁRIO DE RECURSO**

PROCESSO SELETIVO (nome do órgão e cidade): _____

NOME: _____

EMPREGO: _____

Nº de INSCRIÇÃO: _____

TIPO DE RECURSO - (Assinale o tipo de Recurso)

<input type="checkbox"/>	CONTRA INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO	Ref. Prova objetiva
<input type="checkbox"/>	CONTRA GABARITO DA PROVA OBJETIVA	Nº da questão: _____
<input type="checkbox"/>	CONTRA RESULTADO PROVA ESCRITA	Gabarito Preliminar/Oficial: ____
		Resposta Candidato: ____

INSTRUÇÕES:

Encaminhar o recurso, via SEDEX, para o endereço da OBJETIVA CONCURSOS LTDA - Rua Casemiro de Abreu, 347 - Bairro Rio Branco - CEP 90.420.001 - Porto Alegre/RS

Cada recurso conterá: Uma Capa;
Um Formulário para cada questionamento.

Datilografar, digitar ou escrever em letra de forma (clara e legível), de acordo com as especificações estabelecidas no Edital;

Identificar-se apenas na Capa do Recurso;

Apresentar fundamentação lógica e consistente.

Reproduzir a quantidade necessária. Preencher em letra de forma ou digitar e entregar este formulário em 02 (duas) vias, uma via será devolvida como protocolo.

Data: ____/____/____

Assinatura do candidato

Assinatura do Responsável p/ recebimento



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

**ANEXO III
REQUERIMENTO – PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

Processo Seletivo: _____ Município/Órgão: _____

Nome do candidato: _____

Nº da inscrição: _____ Emprego: _____

Vem **REQUERER** vaga especial como **PESSOA COM DEFICIÊNCIA**, apresentou LAUDO MÉDICO com CID (colocar os dados abaixo, com base no laudo):

Tipo de deficiência de que é portador: _____

Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: _____

Nome do Médico Responsável pelo laudo: _____

(OBS: Não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres)

Dados especiais para aplicação das PROVAS: (marcar com X no local caso necessite de Prova Especial ou não. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova necessário)

- () **NÃO NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL
- () **NECESSITA** DE PROVA ESPECIAL e/ou TEMPO ADICIONAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL
(Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial)

É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório PARECER justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

(Datar e assinar)

Assinatura



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

**ANEXO IV
MODELO DE PROCURAÇÃO**

P R O C U R A Ç Ã O

Eu, _____, Carteira de Identidade nº _____, residente e domiciliado na rua _____, nº _____, ap. _____, no bairro _____, na cidade de _____, nomeio e constituo _____, Carteira de Identidade nº _____, como meu procurador, com poderes específicos para realizar inscrições/interpor recursos, no Processo Seletivo – Edital nº _____, para o emprego de _____, realizado pela _____.

Município de _____, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Candidato



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO
SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO**

**ANEXO V
REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE TAXA DE PROCESSO SELETIVO**

Processo Seletivo: Edital nº: _____

Nome do candidato: _____

Emprego: _____

Nº Inscrição: _____

Vem requerer isenção de pagamento de taxa de inscrição do processo seletivo, prevista no Decreto Municipal nº 2.904, de 12 de dezembro de 2005, conforme Documentação em anexo.

(Datar e assinar)

Assinatura