RECURSO CONTRA A DECISÃO DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO 2023.1 PARA OS CURSOS PRESENCIAIS DO IFMG

CAMPUS:	CURSO:	
NOME COMPLETO DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
IDENTIDADE:	CPF:	
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL (PARA MENORES DE 18 ANOS)		

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____,___/___/___
Cidade Data

_____
Assinatura do Candidato

_____
Assinatura do Responsável Legal (Para candidatos Menores de 18 anos)