**ANEXO I**

**PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA SES/MT/2024**

**RECURSO - INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| RECURSO – INDEFERIMENTO DE INSCRIÇÃO |
| IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO  |
| NOME |  |
| CPF |  | IDENTIDADE |  |
| E-MAIL |  |
| ESPECIALIDADE  |  | TELEFONE CELULAR |  |

|  |
| --- |
| Recurso CONTRA O INDEFERIMENTO DA INSCRIÇÃO:MOTIVO DO INDEFERIMENTO: |

**JUSTIFICATIVA DO (A) CANDIDATO (A)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

*Este formulário deverá ser baixado, preenchido, digitalizado (formato PDF) e enviado para o e-mail:* residenciamedica2024@ses.mt.gov.br

Cidade/sigla da UF, dia e mês/Ano.

Assinatura: