**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](mailto:residenciamedica2024@ses.mt.gov.br)

Cidade/sigla da UF, dia e mês/Ano.

Assinatura: