**ANEXO III**

Para recorrer o candidato deve preencher o anexo III e enviar até às 23h59min horas do dia 16/12/2021 para o e-mail: residenciamedica2022@ses.mt.gov.br

PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA SES/MT/2022

**MODELO DE RECURSO DE 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: |

**QUESTIONAMENTO DO (A) CANDIDATO (A)**

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

*Este formulário deverá ser baixado, preenchido, digitalizado (formato PDF) anexado em local específico no site da SESMT conforme o Edital.*

Cidade/sigla da UF, dia e mês/Ano.

Assinatura: