

FORMULÁRIO DE RECURSO – EDITAL DE SORTEIO CAP-UFAC 01/2025

*(Enviar formulário preenchido e documentos comprobatórios da justificativa para o e-mail registro.cap@ufac.br)
Nos períodos informados no Edital.*

MODALIDADE DE CONCORRÊNCIA: (Marcar apenas uma)

<input type="checkbox"/> AMPLA CONCORRÊNCIA	<input type="checkbox"/> AÇÕES AFIRMATIVAS: <input type="checkbox"/> PRETO <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> INDÍGENA	<input type="checkbox"/> PESSOA COM DEFICIÊNCIA: <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA FÍSICA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA AUDITIVA <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA VISUAL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL <input type="checkbox"/> DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA
	Ano ou Série a qual deseja concorrer: (Marcar apenas uma)	

EDUCAÇÃO INFANTIL:	ENSINO FUNDAMENTAL:	ENSINO MÉDIO:
<input type="checkbox"/> PRÉ II	<input type="checkbox"/> 1º ANO <input type="checkbox"/> 2º ANO <input type="checkbox"/> 3º ANO <input type="checkbox"/> 4º ANO <input type="checkbox"/> 5º ANO <input type="checkbox"/> 6º ANO <input type="checkbox"/> 7º ANO <input type="checkbox"/> 8º ANO <input type="checkbox"/> 9º ANO	<input type="checkbox"/> 1ª SÉRIE <input type="checkbox"/> 2ª SÉRIE

NOME DO (A) CANDIDATO (A):			
CPF DO (A) CANDIDATO (A):			
DATA DE NASCIMENTO:			SEXO: <input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
RESPONSÁVEL PELO(A) CANDIDATO (A):			
TELEFONES:			
ENDEREÇO:	RUA/AV: Nº:	CEP:	BAIRRO:
E-MAIL: <i>Informe corretamente Poderá ser usado para contato e convocação.</i>			
JUSTIFICATIVA DO RECURSO: <i>(enviar em anexo documentos comprobatórios da justificativa)</i>			
ASSINATURA DO (A) RESPONSÁVEL:			
DATA:	_____/_____/20_____		