

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)

☐ **AMPLA CONCORRÊNCIA**

☐ **AÇÕES AFIRMATIVAS:**

- ☐ PRETO
☐ PARDO
☐ INDÍGENA

☐ **PESSOA COM DEFICIÊNCIA:**

- ☐ DEFICIÊNCIA FÍSICA
☐ DEFICIÊNCIA AUDITIVA
☐ DEFICIÊNCIA VISUAL
☐ DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
☐ DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA
☐ TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Ano ou Série a qual deseja concorrer: (Marcar apenas uma)

EDUCAÇÃO INFANTIL:

- ☐ PRÉ II

ENSINO FUNDAMENTAL:

- ☐ 1º ANO
☐ 2º ANO
☐ 3º ANO
☐ 4º ANO
☐ 5º ANO
☐ 6º ANO
☐ 7º ANO
☐ 8º ANO
☐ 9º ANO

ENSINO MÉDIO:

- ☐ 1ª SÉRIE
☐ 2ª SÉRIE

**NOME DO (A)
CANDIDATO (A):**

**CPF DO (A) CANDIDATO
(A):**

DATA DE NASCIMENTO:

SEXO: ☐ F / ☐ M ☐

**RESPONSÁVEL PELO(A)
CANDIDATO (A):**

TELEFONES:

ENDEREÇO:

RUA/AV:

Nº:

CEP:

BAIRRO:

E-MAIL:

*Informe corretamente
Poderá ser usado para
contato e convocação.*

**JUSTIFICATIVA DO
RECURSO:**

*(enviar em anexo
documentos comprobatórios
da justificativa)*

**ASSINATURA DO (A)
RESPONSÁVEL:**

DATA:

____/____/20____