**ANEXO IV – FORMULÁRIO DE RECURSO**

**PROCESSO SELETIVO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA - CURSO DE MEDICINA**

**EDITAL n. 023/2024**

# Nome Completo:Clique aqui para inserir seu nome.

# Período: Clique aqui para inserir o período pretendido. Câmpus: Clique aqui para inserir o Câmpus de interesse.

# REVISÃO DO RESULTADO

# JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

|  |
| --- |
| Clique aqui para digitar a sua justificativa. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_.

(Local e data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do candidato(a)