



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
GABINETE DO REITOR

Avenida Fernando Machado, 108-E, Centro, Chapecó-SC, CEP 89802-112, 49 2049-3700
gabinete@uffs.edu.br, www.uffs.edu.br

FORMULÁRIO DE RECURSO DA COMPROVAÇÃO DA CONDIÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Eu, _____, portador do documento de identidade N° _____ e CPF N° _____, inscrito na categoria L9 (), L10 (), L13 (), L14 (), apresento pedido de recurso contra a não homologação da comprovação relativa à condição de pessoa com deficiência, publicado por meio do edital, _____/GR/UFGS/2_____ de _____/_____/_____.

Os argumentos com os quais contesto a referida decisão são:

Para fundamentar essa contestação, encaminho anexos os seguintes documentos:

Local e data

Assinatura do candidato

Fone:	E-mail:
-------	---------

Reservado à UFGS:

Resultado da solicitação do recurso, conforme Edital _____/GR/UFGS/20_____, publicado em _____/_____/201_____.

Homologado.

Não homologado.