



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal Catarinense

**FORMULÁRIO DE RECURSO REFERENTE ÀS NECESSIDADES ESPECÍFICAS
E/OU DE TEMPO ADICIONAL INDEFERIDAS**

Nome:			
E-mail:			
Carteira de Identidade		Número	Órgão Emissor
Sexo	Data de Nascimento	CPF	
Telefone para contato:			
Justificativa:			

Declaro estar ciente de que minha solicitação será analisada pela Comissão do Processo Seletivo Discente.

_____ (SC), _____ de _____ de 20____.

Assinatura do (a) candidato (a)

Nome legível + assinatura da mãe, pai ou responsável legal (quando candidato(a) tiver idade inferior a 18 anos)

Parecer da Comissão do Processo Seletivo Discente:

- Deferido.
 Indeferido.

Justificativa: _____.

Assinatura do (a) servidor (a)