PREFEITURA DE SÃO PAULO
SAÚDE

CONTRATAÇÃO POR TEMPO DETERMINADO

AHM
Autarquia Hospitalar Municipal

RECURSO

À Gerência de Ingresso da Autarquia Hospitalar Municipal - AHM.

Solicito analise para o recurso abaixo mencionado:

RECURSO REFERENTE À FUNÇÃO DE:_____ _____

Nome do Candidato: _____

Número de Inscrição: _____

Número do Documento de Identidade: _____

Endereço para Correspondência: _____

_____

E-mail: _____

Fone(s) para Contato: (Residencial) _____ **(Celular)** _____

Fundamentação e Argumentação lógica: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: _____/_____/_____ **Assinatura do Candidato:**_____ _____

Obs: Preencher o Recurso em duas vias: 1ª via-AHM e 2ª via-Protocolo do candidato.
O CAMPO "Função" deverá obrigatoriamente mencionar a função para a qual o candidato se inscreveu.