|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE RECURSO** |
| EDITAL SETADES Nº 002/2021 PARA ADESÃO AO COFINANCIAMENTO ESTADUAL DO PROGRAMA INCLUIR |
|  |
| NOME DO MUNICÍPIO: |
| GESTOR(A) MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: |
| E-MAIL: |
|  |
| ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO: |
| 1. Preencha todos os campos do formulário; |
| 1. Escreva com clareza e coesão o campo de Justificativa/Fundamentação; |
| 1. Siga as instruções do Edital; |
| 1. Não ultrapasse a data limite de entrega do Recurso; |
| 1. Preencher o formulário de recurso e inserir no E-docs, enviando para a GPSB/SETADES. |
|  |
| JUSTIFICATIVA/ FUNDAMENTAÇÃO: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| DATA: |
| ASSINATURA DO GESTOR MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: *a assinatura pode ser manual com o carimbo do gestor OU eletrônica via e-docs* |