|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE LAVRAS  **Pró-reitoria de Pós-Graduação**  prpg@ufla.br | **Este requerimento deve ser EXCLUSIVAMENTE preenchido por digitação.** |

|  |
| --- |
| **FORMULÁRIO DE RECURSO – CONCORRÊNCIA À VAGA RESERVADA A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO** | | |
| **Edital de ingresso:** | | |
| **Ano de ingresso:** | **Programa de Pós-Graduação em:** | |
| **Nome completo:** | | |
| **CPF:** | | **Cédula de Identidade:** |
| **E-mail:** | | **Data de Nascimento:** / / |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO** | |
| **Solicitação de revisão do resultado da análise dos candidatos às vagas reservadas às pessoas com deficiência.**  **Razões do recurso – justificativas:**  [preencher com as justificativas que motivam o recurso]. | |
| Lavras, / /20 . | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Assinatura do candidato** (via Gov.br) |