*Avenida Maria da Conceição Santos, 900- 37560-260, Pouso Alegre- MG*

***(35) 3427 6600 -***[*www.ifsuldeminas.edu.br*](http://www.pas.ifsuldeminas.edu.br/)*/pousoalegre*

**EDITAL Nº \_\_\_/20\_\_\_\_ - PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS**

**FORMULÁRIO DE RECURSO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Título do Projeto** |  |
| **Coordenador(a) do Projeto** |  |
| **SIAPE** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefone** |  |
| A decisão objeto de contestação é: |
|  |
| Os argumentos com os quais contesto a referida decisão: |
|  |
| Para fundamentar esta contestação, encaminho anexos os seguintes documentos: |
|  |

Pouso Alegre, ......de......................de 20….

...................................................................................................

Assinatura do(a) Coordenador(a) do Projeto

Recebido em ......../......./20.......

por..............................................................................................................................................

(Assinatura e cargo/função do servidor que receber o recurso)