|  |  |
| --- | --- |
|  **Descrição: http://sobreisso.com/wp-content/uploads/2011/12/Unioeste.jpg****Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Farmacêuticas****Centro de Ciências Médicas e Farmacêuticas – CCMF****Campus de Cascavel - Rua Universitária, 2069.** **CEP 85.819-110 – Cascavel/PR – Fone:+55 (45) 3220-7290** |  |

**PROCESSO SELETIVO DE CADASTRO DE RESERVA PARA DISTRIBUIÇÃO DE BOLSAS INSTITUCIONAIS – PCF/UNIOESTE - EDITAL nº 20/2017**

**ANEXO 4**

**PEDIDO DE RECURSO**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, discente do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da UNIOESTE, venho recorrer à Comissão de Bolsas em relação Resultado Preliminar de Classificação do Processo Seletivo para classificação de bolsas de acordo com Edital nº 20/2017, devido às seguintes razões: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Solicito respeitosamente a avaliação de meu recurso.

.

Cascavel, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nome e Assinatura)