

**REQUERIMENTO DE RECONSIDERAÇÃO OU RECURSO EM PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO EM CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

1. **Identificação do(a) requerente**

**Nome completo:**

**CPF:**

**Endereço:**

**CEP:**

**Telefone:**

**E-mail:**

1. **Processo seletivo para o qual se inscreveu**

**Nº e ano do Edital:**

**Nome do Curso**

**Instituto/Faculdade:**

1. **Solicitação (preencha apenas um item)**

**( ) Recurso dirigido ao Colegiado do Programa por vício de forma na execução do Edital**

**( ) Requerimento de reconsideração dirigido à Comissão de Seleção/Banca Examinadora por resultado da Etapa de Nº:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (colocar numeração e título da etapa como descrito no edital)**

**( ) Recurso dirigo ao Colegiado do Programa a pleito que tenha sido indeferido no item anterior (Apenas aceito quando se anexar a comunicação formal da resposta ao item anterior)**

**( ) Recurso dirigido à Câmara de Pesquisa e Pós-graduação da UnB a pleito indeferido nos itens anteriores. (Apenas aceito quando se anexar a comunicação formal da resposta aos itens anteriores)**

1. **Abaixo, o(a) requerente deve expor os fundamentos dos motivos de reexame do pleito assinalado no item 3.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Cidade, dia, mês, ano**

**Incluir assinatura do(a) requerente.**