



COCALZINHO DE GOIÁS



MS / SES / SMS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SOLICITAÇÃO DE RECLASSIFICAÇÃO

À comissão do credenciamento

Eu, candidato(a) classificado(a) no credenciamento n° 001/2018, cujo dados de identificação encontram-se abaixo especificados, solicito o remanejamento da minha posição original de classificação para a posição após o último classificado.

IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
RG:	CPF:
Cargo classificado:	
N° de inscrição:	Posição na classificação:
Motivo da solicitação:	

Cocalzinho de Goiás, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do candidato