



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**SECRETARIA DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL E TECNOLÓGICA**  
**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE MINAS GERAIS**  
Reitoria  
Gabinete da Reitoria  
Av. Professor Mário Werneck, 2590 - Bairro Buritis - CEP 30575-180 - Belo Horizonte - MG  
(31) 2513-5105 - www.ifmg.edu.br

**RECURSO CONTRA A DECISÃO DA COMISSÃO DE HETEROIDENTIFICAÇÃO  
REFERENTE AO PROCESSO SELETIVO PARA OS CURSOS PRESENCIAIS DO IFMG**

CAMPUS:	CURSO:	
NOME COMPLETO DO CANDIDATO:		Nº DE INSCRIÇÃO:
IDENTIDADE:	CPF:	
NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL LEGAL (PARA MENORES DE 18 ANOS)		

Solicito, por meio deste recurso, revisão da avaliação de heteroidentificação e reconsideração da decisão com base nas justificativas apresentadas abaixo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cidade Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

---

Assinatura do Responsável Legal (Para candidatos Menores de 18 anos)