

**APÊNDICE VI
MODELO DE REQUERIMENTO**

PROTOCOLO

Brasão do Com2ºDN

NOME COMPLETO E LEGÍVEL:

Nº INSCRIÇÃO:

PROCESSO SELETIVO:

TELEFONE:

--	--

--	--

CPF:

--

ENDEREÇO P/CONTATO e E-MAIL:

--

01	Alteração de Dados Cadastrais	04	Inspeção de saúde em Grau de Recurso (*)
02	Nota da Prova Objetiva	05	Outros
03	Restituição de Documentos		

(*) Poderá ser requerido em até 05 (cinco) dias úteis a contar do resultado expedido pela Junta Regular de Saúde.

OBS.: JUSTIFIQUE SE NECESSÁRIO (EM LETRA DE IMPRENSA)

Situação do Voluntário	Requerido em: ____/____/____	ASSINATURA	Em anexo:
Aprovado	Recebido em:		Publicação:
Reprovado	____/____/____		Data: ____/____/____.
Inscrição Deferida		ASSINATURA	
Inscrição Indeferida		(uso somente da Marinha do Brasil)	

Brasão do Com2ºDN	Via do Voluntário	Protocolo
-------------------	--------------------------	-----------