

REQUERIMENTO DE RESULTADO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

AO
INSTITUTO CONSULPAM – CONSULTORIA PÚBLICO-PRIVADA.

C/C
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARAQUARA.

Referência: Edital no. 693/2019 da Prefeitura Municipal de Araraquara, São Paulo.

Cargo: AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.

Ilmos. Srs.,

Eu, **NOME COMPLETO DO CANDIDATO**, inscrição neste concurso sob o nº **NÚMERO DE INSCRIÇÃO DO CANDIDATO**, RG sob nº **NÚMERO DO RG DO CANDIDATO**, CPF sob nº **NÚMERO DO RG DO CANDIDATO**, endereço de e-mail **ENDEREÇO DE E-MAIL DO CANDIDATO**, telefone sob nº **NÚMERO DO TELEFONE DO CANDIDATO INCLUINDO O DDD**, residente na **ENDEREÇO COMPLETO DO CANDIDATO COM CEP**, na cidade de **CIDADE DO CANDIDATO**, venho por meio deste, com fulcro no artigo 5º, inciso XXXIII da Constituição Federal, na Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, nos itens 5.7. e 5.8, Capítulo 5, Edital No. 693/2019 da Prefeitura Municipal de Araraquara, no Ofício-Circular nº 40/2020/GTec7CG-CFP do Conselho Federal de Psicologia, REQUERER as seguintes informações:

1. Em motivo de inaptidão na avaliação psicológica, solicito o procedimento denominado “entrevista devolutiva” que ocorrerá via aplicativo GOOGLE MEET que será marcado, com dia e horário determinado pelo(a) psicólogo(a) que aplicou a avaliação psicológica que deve os informar por e-mail;
2. Informar o(s) motivo(s) de ter sido considerado inapto;
3. O nome completo do(a) avaliador(a) psicólogo(a) que aplicou a avaliação psicológica, o seu número de inscrição no Conselho Regional de Psicologia;
4. Cópia do laudo técnico profissional conclusivo, devidamente assinado pelo(a) responsável que me aplicou a avaliação em que houve minha inaptidão.

Certo de vossa compreensão, aguarda retorno.

CIDADE, DATA.

**NOME COMPLETO DO CANDIDATO
ASSINADO COM FIRMA RECONHECIDA**