Fadesp
Fundação de Amparo e Desenvolvimento da Pesquisa

CONCURSO PÚBLICO DA CÂMARA MUNICIPAL DE CANAÃ DOS CARAJÁS
EDITAL N° 01/2014/CMCC
FORMULÁRIO DE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA

Nome do Candidato: **Cargo:**	**Nº de Inscrição**

Endereço:	
Bairro: **CEP:** **CIDADE/UF:**	**Telefones:**

Qual a sua deficiência? _____

_____

Preencher e assinar este formulário, e, anexar a este formulário o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a **espécie e o grau ou nível de deficiência**, **com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença** – CID (Decreto nº 3.298/99), e, entregá-lo no local das inscrições no período das mesmas. **Solicitações posteriores serão indeferidas**.

Precisa de atendimento diferenciado durante a realização da prova? **SIM ( )** **NÃO ( )**

Se você respondeu SIM, a pergunta anterior, quais as condições diferenciadas de que necessita para a realização da prova.

_____

_____

Precisa de tempo adicional para realização das provas? **SIM ( )** **NÃO ( )**

Caso tenha respondido **SIM**, deverá anexar cópia da justificativa de parecer emitido por especialista da área de sua deficiência.

Nome e Assinatura do(a) Candidato(a) ou do Responsável pelas informações acima.

_____

Nome Completo (por extenso) do candidato ou do responsável

_____

Assinatura do candidato ou do responsável

_____ , _____/_____/_____