FADESP
FUNDAÇÃO DE AMPARO E DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA 30 anos

CONCURSO PÚBLICO DA PREFEITURA DE PAU D`ARCO
EDITAL N° 001/2009/PMPD
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA CONCORRER AS VAGAS RESERVADA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (PcD)

Nome do Candidato	**N° de Inscrição**

Endereço:

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

Qual a Qualificação da Deficiência? _____
_____

Enviar o laudo médico, original ou cópia autenticada, atestando a espécie e o grau ou nível de sua deficiência, com expressa referência ao código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID-10, além da cópia autenticada da carteira de identidade, conforme definido no subitem 3.4 do Edital de Abertura n° 001/2009/PMPD.

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

_____ , _____/_____/_____