|  |
| --- |
| ANEXO IV |
| MODELO DE REQUERIMENTO PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E/OU NECESSIDADES ESPECIAIS |

O (A) candidato(a)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Inscrição nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Concorrendo ao cargo de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No **Concurso Público da Prefeitura Municipal de Campo Alegre de Goiás, Edital nº 01/2015**, vem requerer vaga especial como PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Nessa ocasião, o(a) referido(a) candidato(a) apresentou LAUDO MÉDICO com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no qual constam os seguintes dados:

Tipo de deficiência que possui: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Código correspondente do (CID-10): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Nome e número de registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) do médico responsável pelo laudo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

OBSERVAÇÃO: não serão considerados como deficiência os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples, tais como, miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres.

Ao assinar este requerimento, o(a) candidato(a) declara sua expressa concordância em relação ao enquadramento de sua situação, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, publicado no *Diário Oficial da União* de 03 de dezembro de 2004, especialmente no que concerne ao conteúdo do item 7 do **Edital nº 01/2015 do** **Concurso Público da Prefeitura Municipal de Campo Alegre de Goiás,** sujeitando-se à perda dos direitos requeridos em caso de não homologação de sua situação, por ocasião da realização da perícia médica.

|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE PROVA ESPECIAL E/OUDE TRATAMENTO ESPECIAL |

Dados para aplicação de prova especial: marcar com um X no quadrado, caso necessite, ou não, de prova especial e/ou tratamento especial. Em caso positivo, discriminar o tipo de prova e/ou necessidade.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **NÃO HÁ NECESSIDADE** DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **HÁ NECESSIDADE** DE PROVA ESPECIAL E/OU DE TRATAMENTO ESPECIAL.  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Todas as solicitações de atendimento especial serão atendidas segundo os critérios de viabilidade e de razoabilidade.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Candidato(a)