

REQUERIMENTO

PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS (DEFICIÊNCIA FÍSICA)

Nome do Candidato: _____

FUNÇÃO: _____

O candidato supracitado, vem por intermédio deste REQUERER INSCRIÇÃO COMO PORTADOR DE NECESSIDADES ESPECIAIS.

(OBS.: Não serão considerados como deficiência física os distúrbios de acuidade visual passíveis de correção simples do tipo miopia, astigmatismo, estrabismo e congêneres).

INFORMAÇÕES ESPECIAIS PARA A APLICAÇÃO DAS PROVAS:

- Se não necessitar de Prova Especial e/ou tratamento especial, marcar com X no local abaixo mencionado:

- Caso necessite de Prova Especial e/ou tratamento especial, marcar com X no local abaixo mencionado e discriminar o tipo de prova especial e/ou tratamento especial necessário:

() Não necessita de Prova especial e/ou tratamento especial.

() Necessita de Prova Especial (discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário).

() Necessita de tratamento especial (discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário).

Declaro para os devidos fins, que sou portador da deficiência acima mencionada, e concordo em me submeter, quando convocado, à perícia médica a ser realizada por profissional da Prefeitura Municipal de Campo Novo do Parecis, a ser definida em regulamento e que terá decisão terminativa sobre minha qualificação como deficiente ou não, e o grau de deficiência capacitante para o exercício da função.

_____, ____ de _____ de 2024.