

ANEXO III - DECLARAÇÃO – CANDIDATO COM DEFICIÊNCIA/CONDIÇÃO ESPECIAL

NOME:	
CPF:	
EMPREGO PRETENDIDO:	

DEFICIÊNCIA/SITUAÇÃO DECLARADA:	CID:

NOME DO MÉDICO QUE ASSINA O LAUDO/ATESTADO EM ANEXO:	NÚMERO DO CRM:

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA REALIZAÇÃO DA PROVA:
<p><input type="checkbox"/> NÃO PRECISO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS <input type="checkbox"/> AUXÍLIO NO PREENCHIMENTO DO CARTÃO <input type="checkbox"/> INTÉRPRETE DE LIBRAS <input type="checkbox"/> LEDOR <input type="checkbox"/> NOME SOCIAL <input type="checkbox"/> PROVA AMPLIADA <input type="checkbox"/> SALA DE FÁCIL ACESSO <input type="checkbox"/> SALA PARA AMAMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE PROTESE OU APARELHO AUDITIVO <input type="checkbox"/> OUTRAS CONDIÇÕES</p> <p>QUAL? _____</p> <p>JUSTIFICATIVA DA CONDIÇÃO ESPECIAL: _____</p> <p>_____</p>

ATENÇÃO: Esta Declaração e o respectivo Documento Comprobatório deverão ser enviados/anexados digitalizados no ato da inscrição.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do candidato