

ANEXO IV

REQUERIMENTO RESERVA DE VAGA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS.

Nome do candidato _____

Cargo _____ Inscrição _____

RG _____ email _____

Tel/ cel para contato _____

Solicito participar da reserva de vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, conforme previsto no Edital nº 02/2023 da Prefeitura de CUNHA, e envio o laudo médico original, emitido há menos de 06 meses, constando o CID da minha deficiência

Necessita de condições especiais para realização da(s) provas(s)?

() NÃO () SIM

Especificar: _____

Cunha, _____ de _____ de _____

Assinatura