

ANEXO III

REQUERIMENTO DE RESERVA DE VAGA PARA PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS.

Eu, _____

Candidato a Função de _____

Número de inscrição no Processo Seletivo: _____

Portador RG nº: _____, Órgão: _____,

UF _____ Data de expedição: ____/____/____, Sexo: _____

E-mail: _____

Telefone para contato: _____, desejo participar da reserva de vagas destinadas a candidatos portadores de deficiência, conforme previsto no Edital do Processo Seletivo nº 02/2023 da Prefeitura de Cunha, e envio o **laudo** Médico original, emitido há menos de seis meses, constando o CID da minha deficiência.

Necessita de condições especiais para realização da provas?

() NÃO

() SIM

Em caso positivo, especificar