



Prefeitura Municipal de Lavrinhas

Estado de São Paulo

Paço Municipal, nº 200 – Centro – Lavrinhas/SP – Tel: (12) 31461110 CEP: 12.760000
CNPJ: 45.200.029/0001-55

ANEXO IV

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 02/2024 da Prefeitura de Lavrinhas, 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