



*Prefeitura Municipal de Areias*  
*Estado de São Paulo*  
Praça Nove de Julho, 202 Centro Tel.: (12) 3107-1200 - Areias - Cep :12 820 000

## ANEXO II

### 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 AREIAS, 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