

## ANEXO III – SOLICITAÇÃO DE ENQUADRAMENTO – PESSOA COM DEFICIÊNCIA

### IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Nº Inscrição:

CPF Nº:        -

Telefone: (    )      -

**DECLARO**, sob as penas da Lei, que me enquadro na forma do item 3 do Edital nº001/2018, solicito meu enquadramento visando concorrer à(s) vaga (s) destinada (s) a (s) Pessoas com Deficiência, conforme especificado em minha inscrição do Concurso Público nº 001/2018 do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco e entrego os documentos descritos nas alíneas do subitem 3.2 do referido Edital.

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Concurso Público, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder ao cancelamento da minha inscrição e automaticamente a minha eliminação no certame, podendo adotar medidas legais contra minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

### REQUER ATENDIMENTO ESPECIAL PARA REALIZAÇÃO DAS PROVAS ESCRITAS?

SIM       NÃO

**SOLICITO**, a realização de prova em condições especiais, conforme descritivo que segue:

Prova em Braille.

Prova Ampliada Fonte Nº \_\_\_\_\_

Prova com Ledor.

Prova com Intérprete de Libras.

Realização da prova em andar térreo.

Outros: \_\_\_\_\_

Em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

Deferido

Indeferido

**Justificativa:**