

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, e 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 Santa Catarina, 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: