

ANEXO IV – SOLICITAÇÃO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE:

Nome: _____

Cargo: _____

Nº Inscrição:

CPF Nº: -

Telefone: () -

Nos termos do Edital do Concurso Público nº 001/2018 do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Santa Catarina, **SOLICITO** a realização da Prova Objetiva 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