

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 Acre e entrego os documentos descritos nas alíneas do subitem 3.3 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, de acordo com o disposto no Código Penal.

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 Transcritor.
- [] Prova com Intérprete de Libras.
- [] Realização da prova em andar térreo.
- [] Realização da prova em local com acessibilidade para pessoas com deficiência física.
- [] Mobiliário adaptado para pessoas com deficiência física.
- [] Autorização para uso do aparelho auricular na aplicação da prova (sujeito à inspeção e aprovação no dia do certame).
- [] Outros: _____

Em _____ / _____ / _____

Assinatura do Candidato

Para uso exclusivo da Inaz do Pará

[] Deferido [] Indeferido

Justificativa: