

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 Processo Seletivo Público nº 001/2019 das unidades de saúde UPA's – Amélia Bernardini Cutrale” (UPA CENTRAL), “Nefália de Oliveira Laur” (UPA VALE VERDE), “Dr. Antonio Alonso Martinez” (UPA VILA XAVIER) 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 Processo Seletivo 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

Justificativa: