**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

|  |
| --- |
| Concurso Público: |
| Município/Órgão: |
| Nome do candidato: |
| Nº da inscrição: |
| Cargo: |

**SOLICITAÇÃO:**

( ) Concorrer às vagas reservadas às pessoas com deficiência (PCD).

( ) Prova especial. Qual a necessidade? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DADOS DO LAUDO (**Preencher os dados abaixo, com base no laudo)

|  |
| --- |
| Tipo de deficiência de que é portador: |
| Código correspondente da Classificação Internacional de Doença – CID: |
| Nome do Médico Responsável pelo laudo: |

**ATENÇÃO: É obrigatória a apresentação de LAUDO MÉDICO com CID, junto a esse requerimento.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_de 2018.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Assinatura do Candidato