



ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MASSARANDUBA

ANEXO IV
REQUERIMENTO DE ATENDIMENTO ESPECIAL

| | | | |
|--------------------------------|--|-----------------|--------------|
| Nome completo do candidato: | | | |
| Número da Inscrição: | | Emprego: | |
| Documento de Identidade: | | | |
| Órgão Expedidor com UF: | | Data Expedição: | |
| CPF: | Título de Eleitor: | Zona: | Seção: |
| Data de nascimento: | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | | |
| Endereço residencial completo: | | | Complemento: |
| Cidade: | UF: | Nº: | CEP: |
| Telefone fixo: [] | Telefone Celular: [] | | |
| E-mail: | | | |
| Filiação | Nome completo da mãe: | | |
| | Nome completo do pai: | | |

EU, acima qualificado(a), **VENHO REQUERER** atendimento especial no dia de realização das provas do Processo Seletivo Público, e, **DECLARO**, desde já, que preencho os requisitos necessários para deferimento da solicitação, que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são verdadeiros e que estou ciente de que a não apresentação de qualquer documento para comprovar a condição que garante o deferimento da solicitação, ou, ainda, que a apresentação dos documentos fora dos padrões, prazo e/ou forma solicitados, implicará indeferimento da solicitação; **DECLARO**, ainda, que estou ciente de que, constatada falsidade em qualquer momento, poderei responder por crime contra a fé pública, nos termos da lei vigente, o que também acarretará minha eliminação deste certame.

MARCAR ABAIXO UM X AO LADO DO TIPO DE ATENDIMENTO ESPECIAL QUE
NECESSITA

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Acessibilidade no local de provas (Candidato cadeirante). | <input type="checkbox"/> Prova com letra ampliada (Candidato com deficiência visual). Tamanho da fonte: _____ |
| <input type="checkbox"/> Acessibilidade no local de provas (Candidato com dificuldade de locomoção). | <input type="checkbox"/> Prova em Braille (Candidato com deficiência visual). |
| <input type="checkbox"/> Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência visual). | <input type="checkbox"/> Sala para amamentação (Candidata lactante). |
| <input type="checkbox"/> Auxílio para preenchimento do cartão de resposta (Candidato com deficiência motora que impeça o preenchimento do cartão). | <input type="checkbox"/> Tempo adicional (Candidato que apresentar parecer original emitido por especialista da área de sua deficiência, atestando a necessidade de tempo adicional, conforme Lei Federal 7853/89). |
| <input type="checkbox"/> Intérprete de Libras (Candidato com deficiência auditiva). | <input type="checkbox"/> Outro (descrever): |
| <input type="checkbox"/> Ledor (Candidato com deficiência visual). | |

ATENÇÃO: Para o atendimento das condições solicitadas, verificar a obrigatoriedade de apresentação de laudo médico com CID emitido há menos de um ano, acompanhado deste requerimento preenchido, ou atestado de amamentação. No caso de pedido de tempo adicional, é obrigatório **PARECER ORIGINAL** emitido por especialista da área de sua deficiência justificando sua necessidade junto a esse requerimento.

Dados especiais para aplicação das PROVAS (Discriminar abaixo qual o tipo de prova necessário e/ou tratamento especial):

| |
|--|
| |
| |
| |

Nesses Termos,
Peço Deferimento.

(Local)

(Data)

(Assinatura do Candidato)