

ANEXO V

REQUERIMENTO PORTADOR DEFICIÊNCIA

Nome do candidato: _____

Cargo: _____

Nº da inscrição: _____

Vem **REQUERER** vaga especial como PORTADOR DE DEFICIÊNCIA.

() NÃO NECESSITA DE PROVA ESPECIAL e/ou TRATAMENTO ESPECIAL

() NECESSITA DE PROVA ESPECIAL

DISCRIMINAR QUAL O TIPO DE PROVA NECESSÁRIO (SE HOUVER):

(Datar e assinar)

assinatura